

Udsching/Schütze
SGB XI

SGB XI

Soziale Pflegeversicherung

Kommentar

Herausgegeben von

Prof. Dr. Peter Udsching

Vors. Richter am Bundessozialgericht a. D.

Prof. Dr. Bernd Schütze

Vors. Richter am Bundessozialgericht

Bearbeitet von

Prof. Dr. Peter Axer, Universität Heidelberg; Dr. Andreas Bassen, ständiger Vertreter des Direktors am Sozialgericht Lüneburg; Prof. Dr. Dirk Bieresborn, Richter am Bundessozialgericht; Dr. Sebastian Herbst, Richter am Landessozialgericht Thüringen; Dr. Barbara Klopstock LL.M., Ministerialrätin am Bayerischen Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales; Dr. Anne Barbara Lungstrass, Richterin am Sozialgericht Berlin; Dr. Angela Postel, Ministerialrätin am Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg; Prof. Dr. Edna Rasch, Fachhochschule für Verwaltung und Dienstleistung, Altenholz; Dr. Florian Reuther, Verbandsdirektor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung; Gordon Schumann, Richter am Sozialgericht Magdeburg; Prof. Dr. Bernd Schütze, Vors. Richter am Bundessozialgericht; Prof. Dr. Peter Udsching, Vors. Richter am Bundessozialgericht a. D.; Kristina Vieweg, Ass. iur., Verband der Privaten Krankenversicherung; Dr. Irene Vorholz, Beigeordnete Deutscher Landkreistag; Dr. Andreas Wahl, Richter am Bundessozialgericht; Dr. Sebastian Weber, Rechtsanwalt; Dr. Britta Wiegand, Präsidentin des Sozialgerichts Speyer

6., neu bearbeitete Auflage 2024



C.H. BECK

Zitiervorschlag:
Udsching/Schütze/Bearbeiter SGB XI § x Rn. y

beck.de

ISBN 978 3 406 79869 6

© 2024 Verlag C.H.Beck oHG

Wilhelmstraße 9, 80801 München

Druck und Bindung: Friedrich Pustet GmbH & Co. KG

Gutenbergstraße 8, 93051 Regensburg

Satz: Meta Systems Publishing & Printservices GmbH, Wustermark

Umschlaggestaltung: Druckerei C.H.Beck Nördlingen



chbeck.de/nachhaltig

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier
(hergestellt aus chlorfrei gebleichtem Zellstoff)

Alle urheberrechtlichen Nutzungsrechte bleiben vorbehalten.
Der Verlag behält sich auch das Recht vor, Vervielfältigungen dieses Werkes
zum Zwecke des Text and Data Mining vorzunehmen.

Vorwort

Wenige Zweige der Sozialversicherung stehen derzeit und absehbar weiter so unter Druck wie die soziale Pflegeversicherung, deren Einführung nach Jahren langen Ringens vor nunmehr 30 Jahren beschlossen worden ist. Die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft, der Mangel an Fachkräften und die Konkurrenz um sie mit der zwangsläufigen Notwendigkeit höherer Vergütungen bei gleichzeitiger Verschiebung des Verhältnisses der erwerbstätigen zu den nicht mehr erwerbstätigen Versicherten, stark steigende Kosten im Bereich der stationären Pflege und zunehmende Friktionen beim Übergang von der Akutversorgung zur Sicherstellung der Pflege im häuslichen Umfeld und in stationären Einrichtungen, nicht nur vereinzelte wirtschaftliche Krisen bei Einrichtungsträgern: Zahlreiche Themen für die SGB-XI-Gesetzgebung. Das findet Ausdruck in zahlreichen Modifikationen in schneller Folge, mit nicht weniger als 50 ändernden Gesetzen in den gut fünf Jahren seit der letzten Auflage. Nach den grundlegenden Neuerungen im Bereich des Leistungsrechts mit der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens betrafen sie zum einen eher technische Fragen im Detail und zum anderen – abgesehen von den temporären Interventionen der COVID-19-Phase – Eingriffe beim Personalbemessungsverfahren, zur Dämpfung des Anstiegs der Eigenanteile bei stationärer Versorgung, zu den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung und schließlich zur Vergütung der Pflegekräfte und – wozu das letzte Wort möglicherweise noch nicht gesprochen ist – der Verpflichtung auch nicht tarifgebundener Einrichtungen zur Zahlung von Entgelten entsprechend Tarif.

Um dem Rechnung zu tragen, ist das Team der Autorinnen und Autoren nochmals erweitert worden um Dr. Sebastian Herbst, Dr. Barbara Klopstock, Dr. Angela Postel sowie Gordon Schumann; ausgeschieden ist Dr. Reza Shafaei. Ihm danken die Herausgeber für die Beteiligung an der Voraufgabe wie sie den verbliebenen wie hinzugekommenen Autorinnen und Autoren für die Mühe danken, den zahlreichen Änderungen mit ihrer selbst für damit Vertraute teils schwer zu erschließender Entwicklungen nachgegangen zu sein. Damit ist es gelungen, den Stand der Kommentierung auf den 1.1.2024 zu bringen, zuletzt insbesondere mit dem PUEG vom 19.6.2023 sowie schließlich dem Haushaltsfinanzierungsgesetz vom 22.12.2023. Soweit Änderungen zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft treten, sind sie wo möglich in der Kommentierung und in dem vor der Einführung abgedruckten Gesetzeswortlaut berücksichtigt. Zu danken ist schließlich allen Beteiligten beim Verlag C.H.Beck, insbesondere Frau Elena Boettcher, die in wertvoller Weise dazu beigetragen haben, dass alle Texte und Änderungen ihren Weg in das gedruckte Werk finden konnten.

Seiner Ausrichtung nach verfolgt der Kommentar weiterhin das Ziel, bei der Auslegung von Rechtsfragen in der Pflegeversicherung eine Hilfestellung für die Praxis zu bieten; pflegefachlichen Rat kann er nicht geben. Auf den Abdruck der Richtlinien sowie des „Gemeinsamen Rundschreibens der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene“ wurde angesichts der Verfügbarkeit der jeweils aktuellen Fassung im Internet verzichtet; nicht eigens kommentiert sind mit Rücksicht auf die Konzeption des Kommentars die Vorschriften der §§ 147 bis 153 zur COVID-19-Sonderlage, Erläuterungen dazu sind bei entsprechenden Vorschriften im Sachzusammenhang aufgenommen.

Göttingen/Kassel im April 2024

Peter Udsching, Bernd Schütze

Bearbeiterverzeichnis

I. Nach Paragraphen

Einleitung	Udsching
§§ 1–6	Udsching
§§ 7–12	Herbst
§ 13, Vor §§ 14–19, §§ 14–16	Udsching
§ 17	Axer
§§ 18–19	Herbst
Vor §§ 20–27	Udsching
§§ 20–22	Wiegand
§ 23	Vieweg
§§ 24, 25	Wiegand
§§ 26, 26a	Udsching
§ 27	Vieweg
Vor §§ 28–45f	Udsching
§ 28	Lungstras
§ 28a	Rasch
§§ 29–35a	Lungstras
§§ 36–39	Wahl
§ 39a	Klopstock
§ 40	Lungstras
§§ 40a, 40b	Klopstock
§§ 41–42a	Wahl
§ 43	Wiegand
§§ 43a, 43b	Rasch
§ 43c	Schütze
§§ 44–45f	Rasch
Vor §§ 46–53d, §§ 46–50	Bassen
§ 51	Vieweg
§§ 52, 53d, Vor §§ 54–68, §§ 54–68	Bassen
§§ 69–75	Schumann
§§ 76–78	Udsching
§ 78a	Klopstock
§§ 79, 81	Udsching
Vor §§ 82–92b, §§ 82–87	Schütze
§ 87a	Schumann
§ 88	Schütze
§ 88a	Schumann
§ 89	Bassen
§§ 90–92b	Herbst
Vor §§ 93–109, §§ 93–97b	Bieresborn
§ 97c	Vieweg
§ 97d	Bassen
§§ 98–109	Bieresborn
§ 110	Vieweg
§ 110a	Reuther
§ 111	Vieweg

Bearbeiterverzeichnis

Vor §§ 112–120, §§ 112–117	Weber
§§ 118–122	Bassen
§§ 123, 124	Vorholz/Postel
§§ 125–125b	Klopstock
Vor §§ 126–130, §§ 126–130	Reuther
Vor §§ 131–139, §§ 131–139	Bassen
Vor §§ 140–146, §§ 140–142a	Herbst
§ 143	Vieweg
§§ 144–146	Herbst
§ 154	Bassen

II. In alphabetischer Ordnung

Axer	§ 17
Bassen	Vor §§ 46–53d, 46–50, 52–53d, Vor §§ 54–68, 54–68, 89, 97d, 118–122, Vor §§ 131–139, 131–139, 154
Bieresborn	Vor §§ 93–109, 93–97b, 98–109
Herbst	§§ 7–12, 18–19, 90–92b, Vor §§ 140–146, 140–142a, 144–146
Klopstock	§§ 39a, 40a, 40b, 78a, 125–125b
Lungstras	§§ 28, 29–35a, 40
Postel	§§ 123, 124
Rasch	§§ 28a, 43a, 43b, 44–45f
Reuther	§ 110a, Vor §§ 126–130, §§ 126–130
Schumann	§§ 69–75, 87a, 88a
Schütze	§§ 43c, Vor §§ 82–92b, 82–87, 88
Udsching	Einleitung, §§ 1–6, 13, Vor §§ 14–19, 14– 16, Vor §§ 20–27, 26, 26a, Vor §§ 28–45f, 76–78, 79, 81
Vieweg	§§ 23, 27, 51, 97c, 110, 111, 143
Vorholz	§§ 123, 124
Wahl	§§ 36–39, 41–42a
Weber	Vor §§ 112–120, §§ 112–117
Wiegand	§§ 20–22, 24, 25, 43

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Bearbeiterverzeichnis	VII
Verzeichnis der Allgemeinen Abkürzungen	XIX
Literaturverzeichnis	XXV

Sozialgesetzbuch (SGB)

Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung –

Gesetzestext	1
Einleitung	201

Erstes Kapitel. Allgemeine Vorschriften

§ 1 Soziale Pflegeversicherung	221
§ 2 Selbstbestimmung	224
§ 3 Vorrang der häuslichen Pflege	227
§ 4 Art und Umfang der Leistungen	229
§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	232
§ 6 Eigenverantwortung	235
§ 7 Aufklärung, Auskunft	236
§ 7a Pflegeberatung	245
§ 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine	264
§ 7c Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung	270
§ 8 Gemeinsame Verantwortung	282
§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung	296
§ 9 Aufgaben der Länder	301
§ 10 Berichtspflichten des Bundes und der Länder	305
§ 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen	308
§ 12 Aufgaben der Pflegekassen	313
§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen	316

Zweites Kapitel. Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten, Begriff der Pflegeperson

Vorbemerkungen zu §§ 14 bis 19	332
§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit	336
§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument	347
§ 16 Verordnungsermächtigung	363
§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen	364
§ 17a (aufgehoben)	377
§ 18 Beauftragung der Begutachtung	377
§ 18a Begutachtungsverfahren	386
§ 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens	404

Inhaltsverzeichnis

§ 18c	Entscheidung über den Antrag, Fristen	411
§ 18d	Berichtspflichten und Statistik zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	420
§ 18e	Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen	425
§ 19	Begriff der Pflegeperson	429

Drittes Kapitel. Versicherungspflichtiger Personenkreis

Vorbemerkungen zu §§ 20 bis 27	437
§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung	438
§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen	455
§ 21a Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung bei Mitgliedern von Solidargemeinschaften	460
§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht	463
§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen	466
§ 24 Versicherungspflicht der Abgeordneten	484
§ 25 Familienversicherung	486
§ 26 Weiterversicherung	494
§ 26a Beitrittsrecht	497
§ 27 Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages	500

Viertes Kapitel. Leistungen der Pflegeversicherung

Vorbemerkungen zu §§ 28 bis 45f	503

Erster Abschnitt. Übersicht über die Leistungen

§ 28	Leistungsarten, Grundsätze	509
§ 28a	Leistungen bei Pflegegrad 1	516

Zweiter Abschnitt. Gemeinsame Vorschriften

§ 29	Wirtschaftlichkeitsgebot	520
§ 30	Dynamisierung	522
§ 31	Vorrang der Rehabilitation vor Pflege	523
§ 32	Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	526
§ 33	Leistungsvoraussetzungen	528
§ 33a	Leistungsausschluss	532
§ 34	Ruhen der Leistungsansprüche	533
§ 35	Erlöschen der Leistungsansprüche	542
§ 35a	Teilnahme an einem Persönlichen Budget nach § 29 des Neunten Buches	543

Dritter Abschnitt. Leistungen

Erster Titel. Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 36	Pflegesachleistung	544
§ 37	Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	559
§ 38	Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationslei- stung)	575

Inhaltsverzeichnis

§ 38a	Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	580
	[Fassung § 39 bis 30.6.2025:]	590
§ 39	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	590
	[Fassung § 39 ab 1.7.2025:]	591
§ 39	Verhinderungspflege	591
§ 39a	Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen	601
§ 40	Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	602
§ 40a	Digitale Pflegeanwendungen	622
§ 40b	Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen	626

Zweiter Titel. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

§ 41	Tagespflege und Nachtpflege	627
§ 42	Kurzzeitpflege	631

Dritter Titel. Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

§ 42a	[ab 1.7.2025: § 42b] Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson	639
	[ab 1.7.2025: § 42a Gemeinsamer Jahresbetrag]	641

Vierter Titel. Vollstationäre Pflege

§ 43	Inhalt der Leistung	647

Fünfter Titel. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

§ 43a	Inhalt der Leistung	656

Sechster Titel. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

§ 43b	Inhalt der Leistung	661

Siebenter Titel. Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

§ 43c	Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen	663

Vierter Abschnitt. Leistungen für Pflegepersonen

§ 44	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	665
§ 44a	Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	680
§ 45	Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	687

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

§ 45a	Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung	689

Inhaltsverzeichnis

§ 45b Entlastungsbetrag	698
§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung	706
§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung	716

Sechster Abschnitt. Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

§ 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen	720
§ 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen	723

Fünftes Kapitel. Organisation

Vorbemerkungen zu §§ 46 bis 53d	725

Erster Abschnitt. Träger der Pflegeversicherung

§ 46 Pflegekassen	725
§ 47 Satzung	734
§ 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	737

Zweiter Abschnitt. Zuständigkeit, Mitgliedschaft

§ 48 Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte	742
§ 49 Mitgliedschaft	744

Dritter Abschnitt. Meldungen

§ 50 Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung	746
§ 51 Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung	750

Vierter Abschnitt. Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

§ 52 Aufgaben auf Landesebene	753
§ 53 Aufgaben auf Bundesebene	757
§ 53a Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	761
§ 53b Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte	763

Fünfter Abschnitt. Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund

§ 53c Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung	765
§ 53d Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	767

Sechstes Kapitel. Finanzierung

Vorbemerkungen zu §§ 54 bis 68	772

Erster Abschnitt. Beiträge

§ 54 Grundsatz	775
§ 55 Beitragsatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung ...	777
§ 56 Beitragsfreiheit	787

Inhaltsverzeichnis

§ 57	Beitragspflichtige Einnahmen	792
§ 58	Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten	804
§ 59	Beitragstragung bei anderen Mitgliedern	809
§ 59a	Berücksichtigung des Beitragsabschlags für Eltern bei der Beitragstragung	815
§ 60	Beitragszahlung	816

Zweiter Abschnitt. Beitragszuschüsse

§ 61	Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte	824

Dritter Abschnitt. Bundesmittel

§ 61a	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	829

Vierter Abschnitt. Verwendung und Verwaltung der Mittel

§ 62	Mittel der Pflegekasse	831
§ 63	Betriebsmittel	832
§ 64	Rücklage	833

Fünfter Abschnitt. Ausgleichsfonds, Finanzausgleich

§ 65	Ausgleichsfonds	835
§ 66	Finanzausgleich	838
§ 67	Monatlicher Ausgleich	840
§ 68	Jahresausgleich	840

Siebtos Kapitel. Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt. Allgemeine Grundsätze

§ 69	Sicherstellungsauftrag	843
§ 70	Beitragsatzstabilität	846

Zweiter Abschnitt. Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

§ 71	Pflegeeinrichtungen	848
§ 72	Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag	862
§ 73	Abschluß von Versorgungsverträgen	877
§ 74	Kündigung von Versorgungsverträgen	882
§ 75	Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	888
§ 76	Schiedsstelle	897

Dritter Abschnitt. Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 77	Häusliche Pflege durch Einzelpersonen	905
§ 78	Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen	911
§ 78a	Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsmächtigung	916

Vierter Abschnitt. Wirtschaftlichkeitsprüfungen

§ 79	Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen	924

Inhaltsverzeichnis

§§ 80, 80a (aufgehoben)	928
§ 81 Verfahrensregelungen	928

Achtes Kapitel. Pflegevergütung

Vorbemerkungen zu §§ 82 bis 92b	932

Erster Abschnitt. Allgemeine Vorschriften

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen	934
§ 82a Ausbildungsvergütung	947
§ 82b Ehrenamtliche Unterstützung	949
§ 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen	952
§ 83 Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung	961

Zweiter Abschnitt. Vergütung der stationären Pflegeleistungen

§ 84 Bemessungsgrundsätze	963
§ 85 Pflegesatzverfahren	983
§ 86 Pflegesatzkommission	994
§ 87 Unterkunft und Verpflegung	996
§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts	998
§ 87b (aufgehoben)	1005
§ 88 Zusatzleistungen	1005
§ 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege	1007

Dritter Abschnitt. Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung	1011
§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen	1018

Vierter Abschnitt. Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich

§ 91 Kostenerstattung	1020
§ 92 (aufgehoben)	1024
§ 92a Pflegeheimvergleich	1024

Fünfter Abschnitt. Integrierte Versorgung

§ 92b Integrierte Versorgung	1028

Sechster Abschnitt. weggefallen

§§ 92c–92f (aufgehoben)	1030

Neuntes Kapitel. Datenschutz und Statistik

Vorbemerkungen zu §§ 93 bis 109	1031

Erster Abschnitt. Informationsgrundlagen

Erster Titel. Grundsätze der Datenverwendung

§ 93 Anzuwendende Vorschriften	1057
§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen	1064
§ 95 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen	1071
§ 96 Gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten	1073
§ 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst	1076

Inhaltsverzeichnis

§ 97a	Qualitätssicherung durch Sachverständige	1079
§ 97b	Personenbezogene Daten bei den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe	1080
§ 97c	Qualitätssicherung durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.	1082
§ 97d	Begutachtung durch unabhängige Gutachter	1083
§ 98	Forschungsvorhaben	1085

Zweiter Titel. Informationsgrundlagen der Pflegekassen

§ 99	Versichertenverzeichnis	1086
§ 100	Nachweispflicht bei Familienversicherung	1088
§ 101	Pflegeversichertennummer	1089
§ 102	Angaben über Leistungsvoraussetzungen	1090
§ 103	Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	1091

Zweiter Abschnitt. Übermittlung von Leistungsdaten, Nutzung der Telematikinfrastruktur

§ 104	Pflichten der Leistungserbringer	1092
§ 105	Abrechnung pflegerischer Leistungen	1094
§ 106	Abweichende Vereinbarungen	1098
§ 106a	Mitteilungspflichten	1099
§ 106b	Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur	1101
§ 106c	Einbindung der Medizinischen Dienste in die Telematikinfrastruktur	1106

Dritter Abschnitt. Datenlöschung, Auskunftspflicht

§ 107	Löschen von Daten	1107
§ 108	Auskünfte an Versicherte	1109

Vierter Abschnitt. Statistik

§ 109	Pflegestatistiken	1113

Zehntes Kapitel. Private Pflegeversicherung

§ 110	Regelungen für die private Pflegeversicherung	1118
§ 110a	Befristeter Zuschlag zu privaten Pflege-Pflichtversicherungsverträgen zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben	1130
§ 111	Risikoausgleich	1134

Elftes Kapitel. Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen

Vorbemerkungen zu §§ 112 bis 120	1137
§ 112 Qualitätsverantwortung	1139
§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten	1141
§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	1144
[Fassung des § 113a ab 1.7.2023:]	1150
§ 113a (aufgehoben)	1150
[Fassung des § 113a bis 30.6.2023:]	1150

Inhaltsverzeichnis

§ 113a	Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	1150
§ 113b	Qualitätsausschuss	1154
§ 113c	Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	1163
§ 114	Qualitätsprüfungen	1174
§ 114a	Durchführung der Qualitätsprüfungen	1184
§ 114b	Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen	1194
§ 114c	Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht	1197
§ 115	Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung	1200
§ 115a	Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien	1215
§ 116	Kostenregelungen	1218
§ 117	Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden	1220
§ 118	Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung ..	1224
§ 119	Verträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes	1229
§ 120	Pflegevertrag bei häuslicher Pflege	1229

Zwölftes Kapitel. Bußgeldvorschrift

§ 121	Bußgeldvorschrift	1234
§ 122	(aufgehoben)	1238

Dreizehntes Kapitel. Befristete Modellvorhaben

§ 123	Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier	1239
§ 124	Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier	1250
§ 125	Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur	1252
§ 125a	Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege	1254
§ 125b	Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege	1255

Vierzehntes Kapitel. Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge

Vorbemerkungen zu §§ 126 bis 130	1259
§ 126 Zulageberechtigte	1262
§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen	1266
§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens	1277
§ 129 Wartezeit bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen	1284
§ 130 Verordnungsermächtigung	1285

Fünfzehntes Kapitel. Bildung eines Pflegevorsorgefonds

Vorbemerkungen zu §§ 131 bis 139	1287
§ 131 Pflegevorsorgefonds	1290

§ 132 Zweck des Vorsorgefonds	1290
§ 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren	1290
§ 134 Verwaltung und Anlage der Mittel	1292
§ 135 Zuführung der Mittel	1294
§ 136 Verwendung des Sondervermögens	1296
§ 137 Vermögenstrennung	1298
§ 138 Jahresrechnung	1299
§ 139 Auflösung	1300

Sechzehntes Kapitel. Überleitungs- und Übergangsrecht

Vorbemerkungen zu §§ 140 bis 146	1301

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

§ 140 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade	1302
§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen	1306
§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren	1313
§ 142a Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung	1314
§ 143 Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingun- gen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversi- cherungsverträge	1320

Zweiter Abschnitt. Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen

§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung	1324
§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege	1328
§ 146 Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3	1329

Dritter Abschnitt. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie

§ 147 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18	1329
§ 148 Beratungsbesuche nach § 37	1330
§ 149 Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und ander- weitige vollstationäre pflegerische Versorgung	1331
§ 150 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pfle- geeinrichtungen und Pflegebedürftige	1332
§ 150a Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie	1334
§ 150b Nichtanrechnung von Arbeitstagen mit Bezug von Pflegeunterstüt- zungsgeld, Betriebshilfe oder Kostenerstattung gemäß § 150 Absatz 5d	1337

Inhaltsverzeichnis

§ 150c	Sonderleistungen für zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Aufgaben nach § 35 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes	1337
§ 151	Qualitätsprüfungen nach § 114	1338
§ 152	Verordnungsermächtigung	1338
§ 153	Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung	1339

Vierter Abschnitt. Maßnahmen zum Ausgleich außergewöhnlicher Kostenentwicklungen

§ 154	Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom	1339

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul	1347

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)	1355

Sachverzeichnis	1357

Verzeichnis der Allgemeinen Abkürzungen

aA	anderer Ansicht
Abs.	Absatz
aE	am Ende
aF	alte Fassung
AFG	Arbeitsförderungsgesetz
AFRG	Arbeitsförderungs-Reformgesetz (vom 24.3.1997, BGBl. I 594)
Alg	Arbeitslosengeld
Alhi	Arbeitslosenhilfe
allg.	allgemein
Alt.	Alternative
ÄndG	Änderungsgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
AssPflStatRG	Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vom 20.12.2012 (BGBl. I 2789)
AuS-Ausschuss	Bundestagsausschuss für Arbeit und Sozialordnung = 11. Ausschuss, Beschlussempfehlung = BT-Drs. 12/5920, Bericht = BT-Drs. 12/5952
AusLE	Auslegungsempfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen, in: Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegeVG vom 1.7.2008
BA	Bundesanstalt für Arbeit
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BAnz.	Bundesanzeiger
BArBl	Bundesarbeitsblatt
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BeamtVG	Beamtenversorgungsgesetz
BeckRS	Beck-Rechtsprechung (Rechtsprechungsdatenbank in beck-online)
Begr.	Begründung
Bek.	Bekanntmachung
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BG	Berufsgenossenschaft
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBL	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BhV 1995	Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in der Fassung der Bekanntmachung vom 1.11.2001 (GBl. 918), aufgehoben mWv 14.2.2009
BKK	Die Betriebskrankenkasse (Zeitschrift)
BliwaG	Blindenwarenvertriebsgesetz
BlStSozArbR	Blätter für Steuerrecht, Sozialversicherung und Arbeitsrecht (Zeitschrift)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BR-Drs.	Bundesrats-Drucksache
Breithaupt	Sammlung von Entscheidungen aus dem Sozialrecht (Zeitschrift)

Abkürzungsverzeichnis

BRI	Begutachtungs-Richtlinien, Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungssammlung des Bundessozialgerichts
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
BtPrax	Betreuungsrechtliche Praxis (Zeitschrift)
Buchst.	Buchstabe
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungssammlung des BVerfG
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BVerwGE	Entscheidungssammlung des BVerwG
BVG	Bundesversorgungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
DAngVers	Die Angestellten-Versicherung (Zeitschrift)
Die Beiträge	Die Beiträge zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung (Zeitschrift)
dh	das heißt
DRV	Deutsche Rentenversicherung (Zeitschrift)
DVBl	Deutsches Verwaltungsblatt (Zeitschrift)
DVZ	Deutsche Versicherungszeitschrift
E	Entwurf, Fassung des SGB XI auf der Grundlage des Regierungsentwurfs (BR-Drs. 505/93 bzw. BT-Drs. 12/5262) bzw. der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, BT-Drs. 12/5920
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen
EG	Europäische Gemeinschaften
ErsK	Die Ersatzkasse (Zeitschrift)
ESt	Einkommensteuer
EStG	Einkommensteuergesetz
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
f.	die folgende Seite bzw. der folgende Paragraph
FamVers	Familienversicherung
FamRZ	Zeitschrift für das gesamte Familienrecht
FELEG	Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit
ff.	die folgenden Seiten bzw. die folgenden Paragraphen
FPZG	Gesetz über die Familienpflegezeit vom 6.1.2011, BGBl. I 2564
FraktE	Fraktionsentwurf
FS	Festschrift
G	Gesetz
GAL	Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte
gem.	gemäß
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011, BGBl. I 2983
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.3.2007, BGBl. I 378
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003, BGBl. I 2190

Abkürzungsverzeichnis

GO	Geschäftsordnung
grds.	grundsätzlich
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GuP	Gesundheit und Pflege, Rechtszeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
GVBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt
HärtefallRi	Härtefall-Richtlinien
HeimG	Heimgesetz
HGB	Handelsgesetzbuch
HHG	Häftlingshilfegesetz
hM	herrschende Meinung
hrsg.	herausgegeben
Hrsg.	Herausgeber
Hs.	Halbsatz
idF	in der Fassung
idR	in der Regel
iSd	im Sinne der, im Sinne des
iSv	im Sinne von
iVm	in Verbindung mit
KÄV	Kassenärztliche Vereinigung
KaV	Kalkulationsverordnung
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KrV	Die Krankenversicherung (Zeitschrift)
KV	Krankenversicherung
KVdL	Krankenversicherung der Landwirte
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KVLG 1989	Zweites Gesetz über die KVdL
LAG	Lastenausgleichsgesetz
lit.	littera
LPartG	Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften – Lebenspartnerschaften vom 16.2.2001, BGBl. I 266
MB	Musterbedingungen
MB/GE PV 2017	Musterbedingungen 2017 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
MB/PPV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (Musterbedingungen der PPV)
MD	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MittLVAOberfr.	Mitteilungen der LVA Oberfranken und Mittelfranken
MittLVWürtt.	Mitteilungen der LVA Württemberg
mwN	mit weiteren Nachweisen
mWv	mit Wirkung vom
NDV	Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge
nF	neue Fassung
NJ	Neue Justiz (Zeitschrift)
NJW	Neue Juristische Wochenschrift

Abkürzungsverzeichnis

Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
NZA	Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
OEG	Gesetz über die Entschädigung der Opfer von Gewalttaten (Opferentschädigungsgesetz)
PBeaKK	Postbeamtenkrankenkasse
PeA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PEA-Richtlinie ...	Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.3.2002 geändert durch Beschlüsse vom 11.5.2006 und 10.6.2008
PflegeVG	Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz)
PfLEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14.12.2001, BGBl. I 3728
PflegeWEG	Pflegeversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008, BGBl. I 874
PflegeZG	Pflegezeitgesetz vom 28.5.2008, BGBl. I 874
PfIRi	Pflegebedürftigkeits-Richtlinien
PfStudStG	Pflegestudiumstärkungsgesetz vom 12.12.2023, BGBl. I Nr. 359
PflvDV	Pflegevorsorge-Durchführungsverordnung
PKR	Pflege- & Krankenhausrecht (Zeitschrift)
PKV	Private Krankenversicherung oder Verband der privaten Krankenversicherung eV
PNG	Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung vom 23.10.2012, BGBl. I 2246
PPV	Private Pflegeversicherung
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz vom 9.9.2001, BGBl. I 2320
PSG I	Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17.12.2014, BGBl. I 2222
PSG II	Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21.12.2015, BGBl. I 2424
PSG III	Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vom 23.12.2016, BGBl. I 3191
PV	Pflegeversicherung
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien
RdLH	Rechtsdienst der Lebenshilfe (Zeitschrift)
Rdschr.	Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungrechtlichen Vorschriften vom 26.4.2016 des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene
RegE	Regierungsentwurf; soweit die Abkürzung in der Kommentierung unter 1. aufgeführt ist, ist damit jeweils der Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) gemeint, BR-Drs. 505/93, identisch mit dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F. D. P., BT-Drs. 12/5262; die zitierten Seitenzahlen beziehen sich jeweils auf die BT-Drs.
Reha	Rehabilitation
Rn.	Randnummer
RsDE	Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (Schriftenreihe)

Abkürzungsverzeichnis

Rspr.	Rechtsprechung
RV	Rentenversicherung
S.	Satz, Seite
s.	siehe
s. auch	siehe auch
SDSRV	Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes
SGb	Die Sozialgerichtsbarkeit (Zeitschrift)
SGb I	Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil
SGb II	Sozialgesetzbuch, Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGb III	Sozialgesetzbuch, Arbeitsförderung
SGb IV	Sozialgesetzbuch, Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGb V	Sozialgesetzbuch, Gesetzliche Krankenversicherung
SGb VI	Sozialgesetzbuch, Gesetzliche Rentenversicherung
SGb VII	Sozialgesetzbuch, Gesetzliche Unfallversicherung
SGb VIII	Sozialgesetzbuch, Kinder- und Jugendhilfe
SGb IX	Sozialgesetzbuch, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGb X	Sozialgesetzbuch, Verwaltungsverfahren
SGb XI	Sozialgesetzbuch, Soziale Pflegeversicherung
1. SGB XI-ÄndG	1. Gesetz zur Änderung des SGB XI vom 14.6.1996, BGBl. I 830
2. SGB XI-ÄndG	2. Gesetz zur Änderung des SGB XI vom 29.5.1998, BGBl. I 1188
3. SGB XI-ÄndG	3. Gesetz zur Änderung des SGB XI vom 5.6.1998, BGBl. I 1229
4. SGB XI-ÄndG	4. Gesetz zur Änderung des SGB XI vom 21.7.1999, BGBl. I 1656
SGG	Sozialgerichtsgesetz
sog.	sogenannt(e)
SoSi	Soziale Sicherheit (Zeitschrift)
SozR	Sozialrecht, Entscheidungssammlung, bearbeitet von den Richtern des Bundessozialgerichts
SozR 3	Sozialrecht, 3. Folge (Entscheidungen ab 1.1.1990)
SozR 4	Sozialrecht, 4. Folge (Entscheidungen ab 1.1.2003)
SozVers	Sozialversicherung
SpiV	Spitzenverband, Spitzenverbände
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SRa	Sozialrecht aktuell (Zeitschrift)
st.	ständig(e)
StGB	Strafgesetzbuch
StrRehaG	Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (Art. 1 des 1. SED-Unrechtsbereinigungsgesetzes)
SVG	Soldatenversorgungsgesetz
ua	unter anderem
Urt.	Urteil
uU	unter Umständen
UV	Unfallversicherung
UVEG	Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz (vom 7.8.1996, BGBl. I 1254)
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)
VersR	Versicherungsrecht (Zeitschrift)
vgl.	vergleiche
vH	vom Hundert
VN	Versicherungsnehmer
VO	Verordnung
Vor	Vorbemerkung(en)

Abkürzungsverzeichnis

VSSR	Vierteljahresschrift für Sozialrecht
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
VwRehaG	Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (Art. 1 des 2. SED-Unrechtsbereinigungsgesetz)
VwVfG	Verwaltungsverfahrensgesetz
zB	zum Beispiel
ZDG	Zivildienstgesetz
ZfF	Zeitschrift für Fürsorgewesen
ZfP	Zentrale Stelle für Pflegevorsorge
ZfS	Zentralblatt für Sozialversicherung
ZFSH/SGB	Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch
ZfV	Zeitschrift für Versicherungswesen
zT	zum Teil
zVv	zur Veröffentlichung vorgesehen

Literaturverzeichnis

- Allemeyer Die Pflegeversicherung und ihre Bedeutung für behinderte pflegebedürftige Menschen, ZfSH/SGB 1995, 181 ff.
- Armbrost Die Schiedsstelle nach § 92 Abs. 1a SGB V, in Schnapp (Hrsg.), Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens, 1. Aufl. 2004, Kap. E
- Axer Verfassungsrechtliche Fragen der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung – Zur Normsetzung durch Vertrag und zu staatlichen Schutzpflichten, GesR 2015, 193
- Axer/Wiegand Eigentumsschutz und Vertrauensschutz in der sozialen Pflegeversicherung, SGB 2015, 477
- Bach/Moser Private Krankenversicherung: PKV, 6. Aufl. 2023
- Bachem Veröffentlichung von Transparenzberichten gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI, SRa 2010, 123 ff.
- Bachem Entscheidungskompetenz und -verfahren zum Erlass von Mängelbescheiden nach § 115 Abs. 2 S. 1 SGB XI, PflR 2011, 567 ff., 618 ff.
- astian Die Rechtsstellung mitversicherter Familienangehöriger in der Privaten Pflegepflichtversicherung, VersR 2003, 945 ff.
- Bastian Die Rechtsnatur der Leistungszusage und die Bedeutung ärztlicher Feststellungen in der Privaten Pflegepflichtversicherung, NZS 2004, 76 ff.
- Bauer/Krämer Das Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung, NJW 2005, 180 ff.
- Baumeister Verfassungswidrige Ungleichbehandlung dementer Menschen im Recht der sozialen Pflegeversicherung, NZS 2004, 191 ff.
- Becker/Bieberitz/Winker Die Pflege im Modell, BARbBl 1994, 66 ff.
- Becker/Kingreen SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, 8. Aufl. 2022
- BeckOGK beck-online. Großkommentar zum Sozialgesetzbuch
- BeckOK SozR Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching (Hrsg.), Beck-Online Kommentar zum SGB
- Besche/Vieweg Pflegeversicherung, 9. Aufl. 2022
- Bieback Probleme des Leistungsrechts der Pflegeversicherung, SGB 1995, 569
- Bieback Der Grundsatz der hälftigen Beitragslast im Beitragsrecht der Sozialversicherung, analysiert am Beispiel der vollen Beitragspflicht für Versorgungsbezüge in der sozialen Pflegeversicherung, VSSR 1997, 117
- Bieback Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht, 2004
- Bloch Die Struktur der Pflegeversicherung ab 1995, DAngVers 1994, 237 ff.
- Brähler-Boyan Die Mitgliedschaft in der Sozialen Pflegeversicherung und die Beitragszahlung, ZfS 1996, 3 ff.
- Brüggemann MDK-Qualitätsvereinbarungen und Transparenzvereinbarungen in der stationären Pflege, ErsK 2009, 383 ff.
- Büttner Auswirkungen der Pflegeversicherung auf das Unterhaltsrecht, FamRZ 1995, 193 ff.

Literaturverzeichnis

Cremer	Ist die Pflegevollversicherung „gerecht“?, NZS 2023, 201
Daleki	Pflegekompromiß verfassungsmäßig? DB 1994, 2234 ff.
Dalichau	SGB XI, Soziale Pflegeversicherung, 2. Aufl. 2018
Dannert	Das Verhältnis von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte, SGB 1996, 646
Dehn	Die Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern, SozVers 1995, 97 ff.
Deiseroth	Stärkung von Zivilcourage zur Verbesserung der Qualität der stationären Pflege, ZRP 2007, 25 ff.
Dittmer	Die Stellung der Pflegepersonen nach dem Pflegeversicherungsgesetz in der gesetzlichen Rentenversicherung, MittLVA Württ 1995, 24 ff.
Ebsen	Die gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI) auf dem Prüfstand des Bundesverfassungsgerichts, JURA 2002, 401 ff.
Eichenhofer	Europarechtliche Probleme der sozialen Pflege, VSSR 1994, 323 ff.
Eichenhofer	Europäische Wirksamkeit der Pflegeversicherung, NZA 1998, 742
v. Einem	Änderungen in der gesetzlichen Rentenversicherung durch das Pflege-Versicherungsgesetz, SozVers 1994, 258 ff.
v. Endt/Gutt	Leistungsgerechte Pflegesätze, SoSi 1995, 1 ff.
v. Endt/Kirchhof/Mezger/Weber-Sieb	Grundsätze für die Ermittlung leistungsgerechter Entgelte (Pflegesätze) nach § 93 BSHG nF und § 84 SGB XI (PflegeVG), ZfS 1995, 66 ff.
Engelhard	Beitragszuschüsse für Beschäftigte in der Pflegeversicherung – Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises? NZS 1996, 207
Engels/Köppen	Pflegeversicherung und Verträge, KrV 1995, 60 ff.
Erdmann	Beitragszuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung für Arbeitnehmer, Die Beiträge 1996, 260 ff.
ErFK	Müller-Glöge/Preis/Schmidt, Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht, 23. Aufl. 2023
Estelmann	Das „Beitragskinderurteil“ des Bundesverfassungsgerichts vom 3.4.2001 – 1 BvR 1629/94, SGB 2002, 245 ff.
Fahlbusch	Aktuelle Fragen der Versorgung von Pflegebedürftigen mit Hilfsmitteln, NDV 2004, 5
Frank	Leistungen der Pflegeversicherung an teilstationär betreute Behinderte, NDV 1995, 177 ff.
FS Bethge, 2009	Detterbeck/Rozek/Coelln (Hrsg.), Recht als Medium der Staatlichkeit – Festschrift für Herbert Bethge zum 70. Geburtstag, 2009
FS Isensee, 2002	Depenheuer (Hrsg.), Nomos und Ethos – Hommage an Josef Isensee zum 65. Geburtstag von seinen Schülern, 2002
FS Krasney, 1997	Gitter (Hrsg.), Festschrift für Otto Ernst Krasney zum 65. Geburtstag am 16. Dezember 1997, 1997
FS Zacher, 1998	Ruland (Hrsg.), Verfassung, Theorie und Praxis des Sozialstaats – Festschrift für Hans F. Zacher zum 70. Geburtstag, 1998
Fuchsloch	Die Pflegeversicherung – verfassungsrechtliche Probleme nur für kinderreiche Familien? NZS 1996, 153

Literaturverzeichnis

Gassner	Pflegeversicherung und Arbeitnehmerfreizügigkeit, NZS 1998, 313
Gaßmann	Soziale Pflegeversicherung (SGB XI), 1995
Gaßner	Rechtliche Bewertung eines Rückgriffs auf die private Pflegeversicherung zur Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung, NZS 2007, 362 ff.
Gaßner/Gerber/König	Diskriminierung Dementer in der Pflegeversicherung beseitigen, BKK 2007, 103 ff.
Giehler/Wiesmann	Die Pflegeversicherung, BKK 1994, 469 ff.
Giese	Rahmenverträge, zugelassene Pflegeeinrichtungen ohne vertragliche Vergütungsregelung und zur Stellung der Kirchen, Religionsgemeinschaften und Wohlfahrtsverbände im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI), zur Auslegung der §§ 75, 76, 85 und 91 SGB XI, RsDE 29 (1995), 1
Gitter	Der Versicherungsschutz der Pflegepersonen in der Unfall- und Krankenversicherung, VSSR 1996, 1
Gitter	Konzepte und Kriterien einer funktionalen Abgrenzung der privaten und staatlichen Versicherung, dargestellt am Beispiel der Pflegeversicherung, ZVersWiss 1996, 267
Gitter	Die Entscheidung der Schiedsstelle im Pflegeversicherungsrecht, Gedächtnisschrift für Meinhard Heinze 2005, 251 ff.
Gola/Schomerus	Gola/Schomerus (Hrsg.), BDSG Bundesdatenschutzgesetz, 12. Aufl. 2015
Griep	Das Verhältnis der Pflegesachleistung zur häuslichen Krankenpflege, ZFSH/SGB 1996, 64
Griep	Praxisprobleme der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung, PflR 2019, 140
Griep/Renn	Pflegesozialrecht, 6. Aufl. 2017
v.d. Groeben/Schwarze/Hatje	Europäisches Unionsrecht, 7. Aufl. 2015
Grünenwald	Das Pflegesatzverfahren nach dem SGB XI, SozVers 1995, 42 ff.
Grünenwald	Ambulante Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI – Begriff – Versorgungsvertrag – Vergütung, WzS 1995, 33 ff.
Grünenwald	Rahmenverträge zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten, ZfS 1995, 89 ff.
Grüner (Hrsg.)	Handbuch Soziale Pflegeversicherung, Loseblatt
Hallensleben	Pflegequalität auf dem Prüfstand, PflGe 2002, 1 ff.
Hamacher	Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, DB 1994, 1186 ff.
Hänlein/Michaelis	Ersatzpflicht des Erben für Aufwand der Pflegeversicherung – ein Vorschlag zur Reform der Pflegeversicherung, NDV 2006, 250 ff.
Hauck/Noftz (Hrsg.)	Sozialgesetzbuch, SGB XI – Soziale Pflegeversicherung, Loseblatt
Hauschild	Vorschläge und Konzeptionen, BARbBl 1994, 12 ff.
Hebeler	Die Vereinigung, Auflösung und Schließung von Sozialversicherungsträgern, NZS 2008, 238 ff.
Hesse-Schiller/Schmeller	Ergänzungsfunktion der Sozialhilfe bei Leistungen der Pflegeversicherung zur häuslichen Pflege, NDV 1994, 449 ff.
HK-SozDatenschutzR	Krahmer, Sozialdatenschutzrecht, 4. Aufl. 2020
Hofmann	Der Finanzausgleich in der Gesetzlichen Pflegeversicherung, ASP 1995, 52 ff.

Literaturverzeichnis

Hübsch/Meindl	Leistungen der Pflegeversicherung, Berlin 2002
Hungenberg	Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung, WzS 2005, 104 ff.
Igl	Entstehungsgeschichte der sozialen Pflegeversicherung – Eine Einführung, VSSR 1994, 261 ff.
Igl	Die soziale Pflegeversicherung, NJW 1994, 3185 ff.
Igl	Das Erste Änderungsgesetz zur sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), NJW 1996, 3169
Igl	Öffentlich-rechtliche Grundlagen für die Entwicklung vorbehaltener Aufgabenbereiche im Berufsfeld Pflege, VSSR 1999, 21
Igl	Die unbehelfliche Abgrenzung der Leistungen häuslicher Krankenpflege nach dem SGB V und häuslicher Pflege nach dem SGB XI; zugleich eine Besprechung der Urteile des BSG v 19.2.1998 – B 3 P 3/97 R, B 3 P 5/97 R und B 3 P 11/97 R, SGB 1999, 111
Igl	Verfassungsrechtliche und gemeinschaftsrechtliche Probleme der finanziellen Förderung von Investitionen bei Pflegeeinrichtungen nach SGB XI und BSHG, in v. Wulffen/Krasney (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, 645 ff.
Igl	Sicherung des Existenzminimums bei Pflegebedürftigkeit, in Deutscher Sozialrechtsverband (Hrsg.), Armutsfestigkeit sozialer Sicherung, SDSRV 56 (2007), S. 47 ff.
Igl	Qualitätsanforderungen in der Langzeitpflege – Wie hat eine rechtliche Rahmenordnung auszusehen? SGB 2007, 381 ff.
Igl	Pflegebedürftigkeit, Pflege und Pflegebedarf im rechtlichen Verständnis, RsDE 66 (2008), 1 ff.
Igl	Prüfung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Pflegeleistungen, SGB 2008, 1 ff.
Igl	Fachliche Standards und Expertenstandards für die Pflege im System der Qualitätsentwicklung der Pflegeversicherung, RsDE 67 (2008), 38 ff.
Igl	Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung NJW 2008, 2214 ff.
Igl	Intransparenter Wirrwarr bei den Transparenzberichten, RsDE 73 (2011), 47 ff.
Igl	Kriterien und Strukturen der Qualitätssicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung – Gesetzliche Vorgaben und Ausgestaltung, in Deutscher Sozialrechtsverband (Hrsg.), Qualitätssicherung im Sozialrecht, SDSRV 61 (2012), S. 81 ff.
Igl/Dünnes	Das Recht auf Pflegekräfte des eigenen Geschlechts unter besonderer Berücksichtigung der Situation pflegebedürftiger Frauen, RsDE 56 (2004), 17 ff.
Jürgens	Die Hilfe zur Pflege als Ergänzung und Erweiterung der Pflegeversicherung, ZfSH/SGB 1997, 24
Jung	Die neue Pflegeversicherung, Sozialgesetzbuch XI, 1995
Jung	Die unbefriedigende Rechtsstellung der privaten Pflegeversicherung, VW 1997, 224
jurisPK SGB IV	Schlegel/Voelzke, juris PraxisKommentar SGB IV, 3. Aufl. 2016

Literaturverzeichnis

jurisPK SGB V	Schlegel/Voelzke, juris PraxisKommentar SGB V, 3. Aufl. 2016
jurisPK SGB VI	Schlegel/Voelzke, juris PraxisKommentar SGB VI, 2. Aufl. 2013
jurisPK SGB X	Schlegel/Voelzke, juris PraxisKommentar SGB X, 2. Aufl. 2017
jurisPK SGB XI	Schlegel/Voelzke, juris PraxisKommentar SGB XI, 3. Aufl. 2021
jurisPK SGB XII	Schlegel/Voelzke, juris PraxisKommentar SGB XII, 2. Aufl. 2014
Kaempfe	Pflegeversicherung – freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung – ff. Beitragspflicht von Minijobs, G+G 2007, 42 ff.
KassKomm	Körner/Leitherer/Mutschler (Hrsg.), Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, s. BeckOGK
Kesselheim	Pflegeversicherung – Aufbruch zu neuen Ufern, DOK 1996, 409
Kesselheim/Tophoven	Pflegeversicherung – ein Beitrag zum menschenwürdigen Leben bei Pflegebedürftigkeit, DOK 1994, 483 ff.
Kirchesch	Gibt es ein Drittwiderspruchsrecht der privaten Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Pflegeversicherung? NZS 1998, 506
KK-OWiG	Karlsruher Kommentar zum Gesetz über Ordnungswidrigkeiten: OWiG, 5. Aufl. 2018
Kleemann	Verfassungsrechtliche Probleme der sozialen Pflegeversicherung und ihrer Finanzierung, 1998
Klie	Effektivität und Effizienz durch das Recht der Pflegeversicherung, RsDE 40, 41 ff. (1998)
Klie	Anspruch auf medizinische Hilfsmittel in Pflegeheimen, PflR 2003, 47 ff.
Klie/Krahmer/Plantholz (Hrsg.)	Lehr- und Praxiskommentar, Soziale Pflegeversicherung, LPK-SGB XI, 5. Aufl. 2018
Klie/Theda	Pflegenoten weiterhin auf dem verfassungsrechtlichen und fachlichen Prüfstand, PflR 2014, 3 ff., 71 ff.
Koch	Verfassungsgemäße Beitragspflicht freiwillig krankenversicherter Kinder in der sozialen Pflegeversicherung, jurisPR-SozR 52/2004 Anm. 3
Koch	Pflegeversicherung: Kein zusätzlicher Beitrag für Stiefeltern, jurisPR-SozR 24/2007 Anm. 5
v. Koppenfels-Spies/Wenner SGB V	SGB V – Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung, 4. Aufl. 2022
Kostorz	Harmonisierung von Pflegeversicherungs- und Heimrecht? – Zu Widersprüchen innerhalb der Regelungen zur Erhöhung des Heimentgelts nach dem SGB XI und dem HeimG, NZS 2003, 582 ff.
Krahmer	Pflegeversicherung und erweiterter Pflegebegriff im Sozialhilferecht – ihre Bedeutung insbesondere bei geistiger oder seelischer Krankheit oder Behinderung, ZfSH/SGB 1997, 278
Krahmer/Manns	Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, 3. Aufl. 2005

Literaturverzeichnis

Krahmer/Schiffer-Werneburg	Die neue Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, SRa 2008, 127 ff.
Krasney	Verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Pflegeversicherung im Rahmen der Sozialversicherung, Rechtsgutachten, 1992
Krasney	Versicherter Personenkreis und Pflegeleistungen des SGB XI, VSSR 1994, 265 ff.
Krasney	Zum Pflegegeld des § 37 SGB XI, SGB 1996, 253
Krasney	Hilfsmittel im Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbereich – zwei Problemfelder, Fiat iustitia – Recht als Aufgabe der Vernunft 2006, 133 ff.
Krauskopf	Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Loseblatt
Krauthausen/Schmidt	Rentenrechtliche Situation von Pflegepersonen heute und morgen – Pflegezeitenregelung im Rentenreformgesetz 1992 und Verbesserung durch das Pflege-Versicherungsgesetz, DRV 1994, 379 ff.
Kühling/Buchner	DS-GVO, BDSG, 3. Aufl. 2020
Kühling/Martini DS-GVO	Die Datenschutz-Grundverordnung und das nationale Recht, 1. Aufl. 2016
Kukla	Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen, KrV 1995, 217
Künzel/Klie/Hoberg	Pflege in Sozialräumen – Stärkung der kommunalen Verantwortung, Was muss eine Strukturreform von Pflege und Teilhabe leisten?, Der Landkreis 2014, 713
v. Lachwitz	Die Pflegeversicherung – Ein Fortschritt für Menschen mit geistiger Behinderung? BtPrax 1994, 110 ff.
v. Lachwitz	Die Reform der Sozialen Pflegeversicherung und ihre Auswirkungen auf die Behindertenhilfe, RdLH 4 (2007), 3 ff.
Ladage	Der Standard der sozialen Pflegeversicherung als Maßstab für Vertragsleistungen der privaten Pflegeversicherung, in v. Wulffen/Krasney (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, 673 ff.
v. Laffert	Sozialgerichtliche Kontrolle von Schiedsstellenentscheidungen – Unter besonderer Berücksichtigung der Schiedsstellen nach den §§ 76 SGB XI und 80 SGB XII, 1. Aufl. 2006
Laufer	Die Rentner in der Pflegeversicherung, DAngVers 1994, 247 ff.
Laufs/Katzenmeier/Lipp	
ArztR	Arztrecht, 8. Aufl. 2021
Laufs/Kern/Rehborn ArztR-HdB	Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019
Leube	Pflegeversicherung – Unfallschutz der Teilnehmer an Pflegekursen, BG 1995, 211 ff.
Leube	Unfallversicherung häuslicher Pflegepersonen, NZS 1995, 343
Linke	Kombinierbarkeit ambulanter und stationärer Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung? NZS 2005, 14 ff.
Linke	Abgrenzung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, SGB 2006, 491 ff.
Linz	Die Pflegeversicherung und die Auswirkungen auf die Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung, MittLVA Oberfr 1994, 461 ff.

Literaturverzeichnis

Linz	Die Rentenversicherung der Pflegepersonen, MittLVA Oberfr 1995, 37 ff.
LPK-SGB I	Krahmer/Trenk-Hinterberger, Sozialgesetzbuch I, 4. Aufl. 2020
LPK-SGB XI	Klie/Krahmer/Plantholz (Hrsg.), Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 5. Aufl. 2018
Lutter	Versicherter Personenkreis, BArbBl 1994, 24 ff.
Lutter	Die Leistungen, BArbBl 1994, 28 ff.
Lutter	Die private Pflege-Pflichtversicherung, BArbBl 1994, 51 ff.
Marburger	Pflegeversicherung für Beamte und sonstige Beihilferechtigte, PersV 1994, 500 ff.
Marscher	Der Stand der landesrechtlichen Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes, NVwZ 1996, 142
Marscher	Kommentar zum Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI), Loseblatt
Martini/Albert	Der Pflege-TÜV und risikoorientierte Suchfunktionen als casus belli, NZS 2012, 201 (Teil 1), NZS 2012, 247 (Teil 2)
Maschmann	Grundzüge des Leistungsrechts der gesetzlichen Pflegeversicherung nach dem SGB XI, NZS 1995, 109 ff.
Maschmann	Die soziale Absicherung familienangehöriger Pflegepersonen, SGB 1995, 325
Maschmann	Grundfragen des Rechts der Leistungserbringung in der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), Teil 1–3, SGB 1996, 49, 96, 149
Matthesius/Pick	Begutachtung nach dem Pflegeversicherungsgesetz durch den Medizinischen Dienst, KrV 1995, 55 ff.
Meierjürgen	Hilfen für pflegende Angehörige, ErsK 1995, 52 ff.
Merkens/v. Birgelen	Die Leistungen der privaten Pflegeversicherung, Die Leistungen 1995, 145 ff.
Meyer/Hölscheidt	Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 5. Aufl. 2019
Meyering	Der internationale Bezug, BArbBl 1994, 58 ff.
Mohr	Strategische Planung von Pflegeeinrichtungen an Krankenhäusern, KH 1994, 362 ff.
Moldenhauer	Pflegeversicherung, Zwischenbilanz der vertragsrechtlichen Umsetzung, BKK 1996, 84
Moldenhauer	Pflegeversicherung, Vertragsrechtliche Perspektiven zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages in der vollstationären Pflege, BKK 1996, 387
Moldenhauer/Kämper	Pflegeversicherung – Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, BKK 1995, 183
Moritz	Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, 2013
Mrozynski	SGB I – Sozialgesetzbuch Allgemeiner Teil, 6. Aufl. 2019
Mrozynski	Freiheit und Bindung bei der Leistungserbringung im Gesundheitswesen: Ambulante und stationäre Pflege, in Deutscher Sozialrechtsverband (Hrsg.), Freiheit und Bindung bei der Leistungserbringung im Gesundheitswesen, SDSRV 38 (1994), S. 109 ff.
Mrozynski	Zweifelsfragen der Pflegeversicherung im Zusammenhang mit geistiger, körperlicher oder seelischer Behinderung, SGB 1995, 104 ff.

Literaturverzeichnis

Mrozynski	Die Zulassung einzelner Pflegekräfte zur pflegerischen Versorgung, NZS 1995, 397
Mrozynski	Pflege zwischen Versicherung und Sozialhilfe, SGB 1996, 565, 626
Mrozynski	Schwerpflegebedürftigkeit – Rechtsnatur des Pflegegeldes, Bedeutung des Leistungsantrages für Leistungsbeginn, SGB 1998, 78
Mrozynski	Das Verhältnis der Pflegeleistungen zur Eingliederungshilfe, ZFSH/SGB 1999, 333
Mrozynski	Autonomie des Pflegebedürftigen und Qualität der Pflege in der privaten Pflegeversicherung, SGB 2001, 249 ff.
Mrozynski	Wettbewerb bei der Erbringung von Pflegeleistungen, SGB 2007, 521 ff.
Mrozynski/Bieritz-Harder	Die leistungsgerechte Pflegevergütung, 2002
MüKoVVG	Langheid/Wandt, Münchener Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz, 3. Aufl. 2022
Neumann	Angebotssteuerung und Qualitätssicherung im SGB XI, VSSR 1994, 309 ff.
NK-Gesundheitsrecht	Berchthold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Aufl. 2018
Nolte	Rekonstruktion des Rechtscharakters, der Rechtmäßigkeit und der Rechtsfolgen der Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI, RsDE 75 (2013), 36
Nostadt	Organisation und Finanzierung, BARbBl 1994, 39 ff.
Nowak/Jurkat	Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die betriebliche Altersversicherung, DB 1995, 272 ff.
Papier	Die verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung, Sozialrecht und Sozialpolitik in Deutschland und Europa 2002, in Boecken/Ruland/Steinmeyer (Hrsg.), Festschrift für von Maydell, 2002, 507 ff.
Petersen	Die soziale Sicherung der Pflegepersonen in der gesetzlichen Rentenversicherung, DAngVers 1994, 260 ff.
Petrich	Die Leistungsberechtigten, BARbBl 1994, 21 ff.
Petrich/Bader	Sicherstellung der Versorgung, BARbBl 1994, 37 ff.
Pfaff	Kosten der ambulanten Pflegeleistungen, DOK 1994, 723 ff.
Pfitzner	Analogieverbot im Sozialleistungsrecht? Besprechung zu den Pflegeversicherungsurteilen des BSG vom 19.2.1998, NZS 1999, 222
Picard	Der Streit um die Behandlungspflege, DOK 1996, 248
Pick/Matthesius	Pflege-Versicherungsgesetz – Aufgaben des Medizinischen Dienstes, KrV 1994, 143 ff.
Plantholz	Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Leistungserbringungsrecht, GuP 2016, 207
Pröls/Martin	Versicherungsvertragsgesetz: VVG, 31. Aufl. 2021
Quaas	Der Versorgungsvertrag nach dem Pflege-Versicherungsgesetz, NZS 1995, 197 ff.
Rasch	Zuviel des Guten – zur Bedeutung grundrechtlicher Schutzpflichten im politischen Diskurs – Eine Erwiderung auf Susanne Moritz, NDV 2014, 145
v. Renesse	Die Änderung von Leistungszusagen in der Privaten Pflegeversicherung, SGB 2002, 305 ff.

Literaturverzeichnis

- Reuther Die Private Pflegeversicherung in der Pflegereform, KrV 2015, 104
- Richter Behandlungspflege, 3. Aufl. 2012
- Richter Die Prüflöge des Gesetzgebers – Überschneidungen und Unterschiede zwischen MDK-Prüfung und heimaufsichtlicher Überwachung, GuP 2012, 56 ff.
- Richter Zum externen Vergleich geförderter und nicht geförderter Pflegeeinrichtungen, GuP 2012, 114 f.
- Richter Die neue soziale Pflegeversicherung, 2016
- Richter Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, Ansprüche und Verfahren, 2023
- Richter Die Reform der Pflegeversicherung – das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz, NJW 2023, 2679
- Riege Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI, SGB 2003, 331 ff.
- Roller Juveniler Diabetes in der sozialen Pflegeversicherung nach den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 19. Februar 1998 – B 3 P 3/97 R und B 3 P 11/97 R, SozVers 1998, 253
- Roller Die örtliche Prüfung der Pflegequalität von Pflegeeinrichtungen durch den MDK nach dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz in den Grenzen des Grundrechts der Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG), VSSR 2001, 335 ff.
- Roller Pflegebedürftigkeit, eine Analyse der §§ 14, 15 SGB XI mit ihren rechtlich-systematischen und pflegewissenschaftlichen Bezügen, 2007
- Rudolph Die Finanzierung der Investitionen, BArbBl 1994, 48 ff.
- Ruland Das BVerfG und der Familienlastenausgleich in der Pflegeversicherung, NJW 2001, 1673 ff.
- Schaaf Die soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung, SGB 1994, 414 ff.
- Schellhorn Pflegeversicherung und Sozialhilfe – Fragen der Abgrenzung, der Ergänzung und der Zusammenarbeit, NDV 1995, 54 ff.
- Schellhorn Auswirkungen der Pflegeversicherung (stationärer Bereich) auf die Sozialhilfe, NDV 1997, 39
- Schermer Versicherung beim Bezug von Kurzarbeiter- oder Schlechtwettergeld, ErsK 1995, 26 ff.
- Schirp Pflegeversicherung und Freizügigkeit der Arbeitnehmer, NJW 1996, 1582
- Schmahl Die soziale Sicherung als Pflegeperson in der gesetzlichen Rentenversicherung neben einer knappschaftlichen Tätigkeit, Kompaß 1995, 40 ff.
- Schmalenberg Der Heimvertrag im Rahmen der Pflegeversicherung, Pflegeversicherung 1996, 31
- Schötz Soziale Pflegeversicherung im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts, DAngVers 1995, 177 ff.
- Schuler-Harms Beitragspflicht von Kindern in der Pflegeversicherung? NZS 2001, 132 ff.
- Schulin Verträge mit den Leistungserbringern im Pflegeversicherungsrecht (SGB XI), VSSR 1994, 285 ff.
- Schulin Die soziale Pflegeversicherung des SGB XI – Grundstrukturen und Probleme, NZS 1994, 433 ff.

Literaturverzeichnis

Schulin KV-HdB	Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. I Krankenversicherungsrecht, 1994
Schulin PV-HdB	Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. IV Pflegeversicherungsrecht, 1997
Schumacher	Recht der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung – Zur Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI (§ 53 SGB V aF) bei Kindern, NDV 1995, 162 ff.
Schumacher	Pflegeversicherung und Leistungsexport – Gemeinschaftsrechtliche Zuordnung, in Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in der Europäischen Union 1998, 179
Schütte	Das Leistungskonzept der Pflegeversicherung im Reformprozess, SGB 2009, 185 ff.
Schütte	Das Pflegegeld nach § 37 SGB XI, NDV 2007, 211 ff.
Schütze	Verfassungsrechtliche Anforderungen an die Pflegequalitätsberichterstattung nach § 115 Abs. 1a SGB XI, KrV 2012, 14
Schütze	Schütze (Hrsg.), SGB X, 9. Aufl. 2020
Schütze	Von Blüm zu Gröhe – Weiterentwicklung und fortbestehende Grenzen der Pflegeversicherung, NZS 2018, 841
v. Schwanenflügel	Die Zukunft der Pflegeversicherung, ZRP 2008, 4 ff.
Schweigler	Das Verhältnis der Leistung der Pflegeversicherung zur stationären Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, SGB 2014, 307
Sendler	DGB-Anforderungen an eine geänderte Pflegeversicherung, SoSi 2007, 165 ff.
Sieveking (Hrsg.)	Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in der Europäischen Union 1998, S. 179
Specht/Mautz DatenschutzR-HdB	Handbuch europäisches und deutsches Datenschutzrecht, 1. Aufl. 2019
Spellbrink	Von der Kinderzahl unabhängige Beitragsbelastung von Eltern in der sozialen Pflegeversicherung – Anm. zu: Beschluss des BVerfG v. 7.4.2022, 1 BvL 3/18, jurisPR-SozR 15/2022 Anm. 1
Spickhoff	Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022
Spiethoff	Die Pflegeversicherung im System des internationalen Sozialrechts, BKK 1995, 702
Spitzlei	Wirtschaftliche Kosten der Kindererziehung als ausgleichsbefürchtigter Nachteil im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung und anderer Sozialversicherungszweige? Zugleich Besprechung von BVerfG, 7.4.2022, 1 BvL 3/18 u.a., NZS 2022, 570
SRH	Ruland/Becker/Axer, Sozialrechtshandbuch, 7. Aufl. 2022
Staegemann	Investitionsförderung in der Pflegeversicherung, Diss. 2003
Steffens	Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung, ZfS 1995, 57 ff.
Streinz	EUV/AEUV, 3. Aufl. 2018
Udsching	Rechtsfragen bei der Bemessung des Pflegebedarfs, VSSR 1996, 271
Udsching	Richtlinien in der Pflegeversicherung, in Gitter, Wolfgang (Hrsg.), Festschrift für Krasney zum 65. Geburtstag, 1997, 677

Literaturverzeichnis

- Udsching Die vertragsrechtliche Konzeption der Pflegeversicherung, NZS 1999, 473
- Udsching Aktuelle Fragen des Leistungserbringerrechts in der Pflegeversicherung – ein Jahr nach dem Inkrafttreten des PQsG, SGB 2003, 133 ff.
- Udsching Schnittstellen von gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung, in v. Wulffen/Krasney (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, 691 ff.
- Udsching Reform der Pflegeversicherung – in drei Etappen, SGB 2007, 694 ff.
- Udsching Strukturelle Probleme der Pflegeversicherung, in Bender/Eicher (Hrsg.), Sozialrecht – eine Terra incognita, 2009, S. 69 ff.
- Udsching Bedarf der Begriff der Pflegebedürftigkeit einer neuen Definition?, in Deutscher Sozialgerichtstag (Hrsg.), Sozialrecht im Umbruch – Sozialgerichte im Aufbruch, 2010, S. 75
- Udsching Demographiefestigkeit und Reformfähigkeit der Pflegeversicherung – Kommentar, in Deutscher Sozialrechtsverband (Hrsg.), Das Sozialrecht für ein längeres Leben, SDSRV 63 (2013), S. 167 ff.
- Udsching Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit – Perspektiven nach 20 Jahren Pflegeversicherung, SGB 2014, 536
- Udsching Intensivpflege in stationären Einrichtungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, GuP 2015, 161
- Udsching Die deutsche Pflegeversicherung im europäischen Rahmen, in: Devetzi/Janda (Hrsg.), Freiheit – Gerechtigkeit – Sozial(es) Recht, 2015, 671
- Udsching Die Schiedsstelle gemäß § 76 SGB XI, in Schnapp/Düring (Hrsg.), Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens, 2. Aufl. 2016, Kap. H ff.
- Udsching/Wilcken Wer ist für die Sicherstellung einer menschenwürdigen Pflege zuständig?, KrV 2014, 181
- Uleer Die private Pflegeversicherung kommt, ZfV 1994, 190 ff.
- Vigener Sozialhilfe und zweite Stufe der Pflegeversicherung, NDV 1996, 269
- Vogel Zur Leistungspflicht der Krankenkassen bei Hilfsmitteln, SGB 2003, 390
- Vogel/Schaaf Soziale Pflegeversicherung, SGB XI, Einführung in die Praxis, 1995
- Vogel/Schaaf Die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, NZS 1997, 67
- Vogel/Schaaf Zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, SGB 1997, 560
- Vollmar Zum Unfallversicherungsschutz der im häuslichen Bereich nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen (§ 539 Abs. 1 Nr. 19 RVO), SGB 1995, 9 ff.
- Vollmer Die Pflegeeinrichtungen, BARbBl 1994, 42 ff.
- Vollmer (Hrsg.) SGB XI, Soziale Pflegeversicherung, Loseblatt
- Wagner Besonderheiten im Beitragsrecht in der sozialen Pflegeversicherung, Die Beiträge 1995, 65 ff.
- Wannagat/Eichenhofer Wannagat/Eichenhofer (Hrsg.), Sozialgesetzbuch – Schwerpunkt Pflegeversicherung, Loseblatt
- Waßer Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, KrV 2015, 89

Literaturverzeichnis

Weber	Private Pflegeversicherung – wie sollte sie aussehen? ZfV 1994, 350 ff.
Weber	Rationelle Diagnostik der Schwerpflegebedürftigkeit – Handlungsmöglichkeiten der PKV, ZfV 1995, 155
Weber/Brünner/Philipp	Pflegereform 2017 in der juristischen Praxis, 2017
Werhahn	Praxisrelevante Aspekte des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) für Kinderärzte, DAVorm 1995, 738 ff.
Widekamp	Leistungsabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, ErsK 1995, 47 ff.
Wienand	Der Übergang zur Pflegeversicherung – Erfahrungen aus Sicht der Sozialhilfe, KrV 1996, 198
Wiesmann	Pflegeversicherung – Neue Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit, BKK 1997, 256
Wiesner	Die Pflegeversicherung, VersR 1995, 134 ff.
Wilde/Pilz	Behandlungspflege und Beaufsichtigung in der Pflegeversicherung; zur Bedeutung des Verrichtungskatalogs in § 14 Abs. 4 SGB XI, SGB 1997, 409
Wittich	Die Regelungen des SGB XI zur privaten Pflegeversicherung, ZfV 1996, 294, 331, 354, 385
Wolber	Zum Schutzzumfang der gesetzlichen Unfallversicherung bei Pflegepersonen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz, SozVers 1995, 71 ff.
Wollenschläger	Der Rechtsweg in Streitigkeiten der privaten Pflegeversicherung, in Gitter/Zeihe, Rechtsweg bei Streitigkeiten in der privaten Pflegeversicherung, SGB 1997, 487
Zuleeg	Die Einwirkung des Europäischen Gemeinschaftsrechts auf die deutsche Pflegeversicherung, DVBl 1997, 445

Sozialgesetzbuch (SGB)

Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung –

Vom 26. Mai 1994
(BGBl. I S. 1014)
FNA 860-11

zuletzt geänd. durch Art. 8, Art. 9 Gesetz zur Anpassung des Zwölften und des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze vom 22.12.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 408)

Inhaltsübersicht

Erstes Kapitel. Allgemeine Vorschriften

- § 1 Soziale Pflegeversicherung
- § 2 Selbstbestimmung
- § 3 Vorrang der häuslichen Pflege
- § 4 Art und Umfang der Leistungen
- § 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation
- § 6 Eigenverantwortung
- § 7 Aufklärung, Auskunft
- § 7a Pflegeberatung
- § 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine
- § 7c Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung
- § 8 Gemeinsame Verantwortung
- § 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung
- § 9 Aufgaben der Länder
- § 10 Berichtspflichten des Bundes und der Länder
- § 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen
- § 12 Aufgaben der Pflegekassen
- § 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

Zweites Kapitel. Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten, Begriff der Pflegeperson

- § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit
- § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument
- § 16 Verordnungsermächtigung
- § 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen
- § 18 Beauftragung der Begutachtung
- § 18a Begutachtungsverfahren
- § 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens
- § 18c Entscheidung über den Antrag, Fristen
- § 18d Berichtspflichten und Statistik zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- § 18e Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen
- § 19 Begriff der Pflegeperson

Drittes Kapitel. Versicherungspflichtiger Personenkreis

- § 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung
- § 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen
- § 21a Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung bei Mitgliedern von Solidargemeinschaften
- § 22 Befreiung von der Versicherungspflicht
- § 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen
- § 24 Versicherungspflicht der Abgeordneten
- § 25 Familienversicherung
- § 26 Weiterversicherung
- § 26a Beitrittsrecht
- § 27 Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

Viertes Kapitel. Leistungen der Pflegeversicherung

Erster Abschnitt. Übersicht über die Leistungen

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

Zweiter Abschnitt. Gemeinsame Vorschriften

- § 29 Wirtschaftlichkeitsgebot
- § 30 Dynamisierung
- § 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege
- § 32 Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- § 33 Leistungsvoraussetzungen
- § 33a Leistungsausschluss
- § 34 Ruhen der Leistungsansprüche
- § 35 Erlöschen der Leistungsansprüche
- § 35a Teilnahme an einem Persönlichen Budget nach § 29 des Neunten Buches

Dritter Abschnitt. Leistungen

Erster Titel. Leistungen bei häuslicher Pflege

- § 36 Pflegesachleistung
- § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- § 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)
- § 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
- [Fassung § 39 bis 30.6.2025:] § 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- [Fassung § 39 ab 1.7.2025: § 39 Verhinderungspflege]
- § 39a Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen
- § 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- § 40a Digitale Pflegeanwendungen
- § 40b Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

Zweiter Titel. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

- § 41 Tagespflege und Nachtpflege
- § 42 Kurzzeitpflege

[Fassung bis 30.6.2025:] Dritter Titel. Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

- § 42a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

[Fassung ab 1.7.2025: Dritter Titel. Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege]

§ 42a Gemeinsamer Jahresbetrag

Vierter Titel. Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

§ 42b Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson]

Vierter Titel. [ab 1.7.2025: Fünfter Titel.] Vollstationäre Pflege

§ 43 Inhalt der Leistung

Fünfter Titel. [ab 1.7.2025: Sechster Titel.] Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

§ 43a Inhalt der Leistung

Sechster Titel. [ab 1.7.2025: Siebter Titel.] Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

§ 43b Inhalt der Leistung

Siebter Titel. [ab 1.7.2025: Achter Titel.] Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

§ 43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Vierter Abschnitt. Leistungen für Pflegepersonen

§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

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

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

§ 45b Entlastungsbetrag

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

§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsmächtigung

Sechster Abschnitt. Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

§ 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

§ 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen

Fünftes Kapitel. Organisation

Erster Abschnitt. Träger der Pflegeversicherung

§ 46 Pflegekassen

§ 47 Satzung

§ 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Zweiter Abschnitt. Zuständigkeit, Mitgliedschaft

§ 48 Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

§ 49 Mitgliedschaft

Dritter Abschnitt. Meldungen

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

Vierter Abschnitt. Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

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

Fünfter Abschnitt. Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund

- § 53c Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung
- § 53d Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Sechstes Kapitel. Finanzierung**Erster Abschnitt. Beiträge**

- § 54 Grundsatz
- § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung
- § 56 Beitragsfreiheit
- § 57 Beitragspflichtige Einnahmen
- § 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten
- § 59 Beitragstragung bei anderen Mitgliedern
- § 59a Berücksichtigung des Beitragsabschlags für Eltern bei der Beitragstragung
- § 60 Beitragszahlung

Zweiter Abschnitt. Beitragszuschüsse

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

Dritter Abschnitt. Bundesmittel

- § 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Vierter Abschnitt. Verwendung und Verwaltung der Mittel

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

Fünfter Abschnitt. Ausgleichsfonds, Finanzausgleich

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

Siebttes Kapitel. Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern**Erster Abschnitt. Allgemeine Grundsätze**

- § 69 Sicherstellungsauftrag
- § 70 Beitragssatzstabilität

Zweiter Abschnitt. Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

- § 71 Pflegeeinrichtungen
- § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

- § 73 Abschluß von Versorgungsverträgen
- § 74 Kündigung von Versorgungsverträgen
- § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung
- § 76 Schiedsstelle

Dritter Abschnitt. Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

- § 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen
- § 78 Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen
- § 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

Vierter Abschnitt. Wirtschaftlichkeitsprüfungen

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

Achtes Kapitel. Pflegevergütung

Erster Abschnitt. Allgemeine Vorschriften

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

Zweiter Abschnitt. Vergütung der stationären Pflegeleistungen

- § 84 Bemessungsgrundsätze
- § 85 Pflegesatzverfahren
- § 86 Pflegesatzkommission
- § 87 Unterkunft und Verpflegung
- § 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts
- § 87b (aufgehoben)
- § 88 Zusatzleistungen
- § 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege

Dritter Abschnitt. Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen

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

Vierter Abschnitt. Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich

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

Fünfter Abschnitt. Integrierte Versorgung

- § 92b Integrierte Versorgung

Sechster Abschnitt. (aufgehoben)

§§ 92c–92f (aufgehoben)

Neuntes Kapitel. Datenschutz und Statistik

Erster Abschnitt. Informationsgrundlagen

Erster Titel. Grundsätze der Datenverarbeitung

- § 93 Anzuwendende Vorschriften
- § 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen
- § 95 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen
- § 96 Gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten
- § 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst
- § 97a Qualitätssicherung durch Sachverständige
- § 97b Personenbezogene Daten bei den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe
- § 97c Qualitätssicherung durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.
- § 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter
- § 98 Forschungsvorhaben

Zweiter Titel. Informationsgrundlagen der Pflegekassen

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

Zweiter Abschnitt. Übermittlung von Leistungsdaten, Nutzung der Telematikinfrastruktur

- § 104 Pflichten der Leistungserbringer
- § 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen
- § 106 Abweichende Vereinbarungen
- § 106a Mitteilungspflichten
- § 106b Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur
- § 106c Einbindung der Medizinischen Dienste in die Telematikinfrastruktur

Dritter Abschnitt. Datenlöschung, Auskunftspflicht

- § 107 Löschen von Daten
- § 108 Auskünfte an Versicherte

Vierter Abschnitt. Statistik

- § 109 Pflegestatistiken

Zehntes Kapitel. Private Pflegeversicherung

- § 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung
- § 110a Befristeter Zuschlag zu privaten Pflege- Pflichtversicherungsverträgen zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben
- § 111 Risikoausgleich

Elftes Kapitel. Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen

- § 112 Qualitätsverantwortung
- § 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

- § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität
- § 113a (aufgehoben)
- § 113b Qualitätsausschuss
- § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- § 114 Qualitätsprüfungen
- § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen
- § 114b Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- § 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht
- § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung
- § 115a Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien
- § 116 Kostenregelungen
- § 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden
- § 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung
- § 119 Verträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes
- § 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Zwölftes Kapitel. Bußgeldvorschrift

- § 121 Bußgeldvorschrift
- § 122 (aufgehoben)

Dreizehntes Kapitel. Befristete Modellvorhaben

- § 123 Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier
- § 124 Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier
- § 125 Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur
- § 125a Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege
- § 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Vierzehntes Kapitel. Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge

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

Fünfzehntes Kapitel. Bildung eines Pflegevorsorgefonds

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

Sechzehntes Kapitel. Überleitungs- und Übergangsrecht

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

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

Zweiter Abschnitt. Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen

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

Dritter Abschnitt. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie

- § 147 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18
- § 148 Beratungsbesuche nach § 37
- § 149 Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung
- § 150 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige
- § 150a Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie
- § 150b Nichtanrechnung von Arbeitstagen mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld, Betriebs- hilfe oder Kostenerstattung gemäß § 150 Absatz 5d
- § 150c Sonderleistungen für zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Aufgaben nach § 35 Absatz 1 des Infektions- schutzgesetzes
- § 151 Qualitätsprüfungen nach § 114
- § 152 Verordnungsermächtigung
- § 153 Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung

Vierter Abschnitt. Maßnahmen zum Ausgleich außergewöhnlicher Kostenentwicklungen

- § 154 Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom

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

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

Erstes Kapitel. Allgemeine Vorschriften

§ 1 Soziale Pflegeversicherung

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

(2) ¹In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muß eine private Pflegeversicherung abschließen.

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

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

(5) In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.

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

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

§ 2 Selbstbestimmung

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

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

(3) ¹Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. ²Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.

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

§ 3 Vorrang der häuslichen Pflege

¹Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die

Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. ²Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

§ 4 Art und Umfang der Leistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 6 Eigenverantwortung

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

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

§ 7 Aufklärung, Auskunft

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

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

1. des Gutachtens des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie
2. der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18c Absatz 4.

²Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.

³Die zuständige Pflegekasse informiert die Versicherten unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. ⁴Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten

Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten, und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetseite.

(3) ¹Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Übersichtbarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten. ²Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. ³Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. ⁴Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. ⁵Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen. ⁶Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.

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

§ 7a Pflegeberatung

(1) ¹Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflege-

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

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

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

(2) ¹Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung.²Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt.³Die Pflegeberatung kann auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden und in diesem Rahmen mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen, bei denen im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden.

⁴Bei der Durchführung der Beratung als Videokonferenz gelten die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden. ⁵Für digitale Angebote sowie andere digitale Anwendungen nach dieser Vorschrift gelten die Anforderungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratungen für den Datenschutz und die Datensicherheit bestimmt hat. ⁶Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. ⁷Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet. ⁸Erfolgt die individuelle Beratung nach Absatz 1 Satz 1 mittels barrierefreier digitaler Anwendungen, bleibt der Anspruch der Versicherten auf eine Beratung nach Satz 2 unberührt.

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

(4) ¹Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zu treffen. ²Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. ³Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. ⁴Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen können zur Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen; § 94 Absatz 1 Nummer 8 gilt entsprechend. ⁵Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

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

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

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

2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürger-schaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung nur verarbeiten, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

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

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

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

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

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

§ 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

(1) ¹Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38a, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41 bis 43 [ab 1.7.2025: 41, 42b, 43], 44a, 45, 45e, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder

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

²Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären. ³Die Beratung richtet sich nach § 7a. ⁴Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären. ⁵Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, [ab 1.7.2025: § 40 Absatz 2, den §§ 39 sowie 42 jeweils in Verbindung mit § 42a, nach] § 45a Absatz 4 und § 45b.

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

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

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

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

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

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

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

§ 7c Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. ²Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. ³Kommen die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesverbände der Krankenkassen wahrzunehmen. ⁴Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse bei der Beschlussfassung ist § 81 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden. ⁵Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten haben keine aufhebende Wirkung.

(1a) ¹Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe

können auf Grund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten verlangen. ²Ist in der Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes oder in den Rahmenverträgen nach Absatz 6 nichts anderes vereinbart, werden die Aufwendungen, die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlich sind, von den Trägern des Pflegestützpunktes zu gleichen Teilen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal getragen.

(2) ¹Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

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

1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch,
2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,
3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an den Pflegestützpunkten beteiligen. ⁴Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. ⁵Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. ⁶Die Träger
1. sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,
2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,
3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und insbesondere Selbsthilfe stützender und generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,
4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,
5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.

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

(4) ¹Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt. ²Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den Trägern der

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

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

1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürger-schaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, dürfen Sozialdaten nur verarbeiten, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

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

(7) ¹Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen einzurichten. ²Diese setzen den Inhalt der Rahmenverträge nach Absatz 6 fest, sofern ein Rah-menvertrag nicht innerhalb der in der Rechtsverordnung nach Satz 6 zu bestimmenden Frist zustande kommt. ³Die Schiedsstelle besteht aus Vertretungen der Pflegekas-sen und der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. ⁴Für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertretungen bestellt werden. ⁵§ 76 Absatz 3 und 4 gilt ent-

sprechend. ⁶Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Frist, nach deren Ablauf die Schiedsstelle ihre Arbeit aufnimmt, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu regeln.

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

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

§ 8 Gemeinsame Verantwortung

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

(2) ¹Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. ²Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei; das gilt insbesondere für die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Pflege durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege sowie für die Vorhaltung eines Angebots von die Pflege ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. ³Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. ²Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. ³Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Abs. 2 Satz 2 abgewichen werden. ⁴Mehrbelastungen der Pflegeversicherung, die dadurch entstehen, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, durch Einbeziehung in ein Modellvorhaben höhere Leistungen als das Pflegegeld erhalten, sind in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einzubeziehen. ⁵Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden. ⁶Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. ⁷Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer,

Inhalte und Durchführung der Maßnahmen; dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen.⁸Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.⁹Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen.¹⁰Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.¹¹Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen.¹²§ 45c Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.

(3a)¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 3 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren.²Bei Modellvorhaben, die den Einsatz von zusätzlichem Personal in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung erfordern, können die dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden.³Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden.⁴Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung der Modellvorhaben nicht belastet werden.⁵Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht werden, können sie in das folgende Haushaltsjahr oder unter entsprechender Erhöhung des zur Verfügung stehenden Betrages auf die Mittel nach Absatz 3b Satz 5 für den Bereitstellungszeitraum nach Absatz 3b Satz 5 übertragen werden.⁶Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen.⁷Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben.⁸Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.⁹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein wissenschaftlichen Standards zu veranlassen.¹⁰Über die Auswertung der Modellvorhaben ist von unabhängigen Sachverständigen ein Bericht zu erstellen.¹¹Der Bericht ist zu veröffentlichen.¹²§ 45c Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.

(3b)¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c Satz 1 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, und die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung sicher.²Das Bundesministerium für Gesundheit setzt dazu ein Begleitgremium ein.³Aufgabe des Begleitgremiums ist es, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei der Umsetzung des Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie bei der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung fachlich zu beraten und zu unterstützen.⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie nach Anhörung des Begleitgremiums Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1.⁵Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen werden zur Finanzierung der

Maßnahmen nach Satz 1 in den Jahren 2021 bis 2026 bis zu 12 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt. ⁶Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. ⁷Der Einsatz von zusätzlichem Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen und die dadurch entstehenden Personalkosten bei der Teilnahme an Modellprojekten nach Satz 1 sollen in das Fördervolumen nach Satz 5 einbezogen werden. ⁸Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1 nicht belastet werden.

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

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

(5a) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c Absatz 6 sicherzustellen. ²Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

[Fassung Abs. 6 bis 31.12.2025:]

(6) ¹Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. ²Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. ³Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. ⁴Die vollstationäre Pflegeeinrichtung kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten. ⁵Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. ⁶Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich

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

⁷Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig, sofern von der vollstationären Pflegeeinrichtung halbjährlich das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 2 bestätigt wird.

⁸Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. ⁹Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. ¹⁰Bis zum Vorliegen der Bestimmung nach Satz 8 stellen die Landesverbände der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicher; es genügt die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse. ¹¹Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen.

¹²Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. ¹³Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. ¹⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.

[Fassung Abs. 6 ab 1.1.2026:]

(6) (aufgehoben)

(7) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. ²Die Maßnahmen nach Satz 1 werden in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert. ³Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichsfonds verringert. ⁴Förderfähig sind alle Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, insbesondere für ihre in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern; dazu gehören, jeweils einschließlich aller erforderlichen Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung, insbesondere der Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte und Beschäftigten sowie der Begleitung bei der Umsetzung, insbesondere

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

6. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit Kunden,
7. Maßnahmen zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur.

⁵Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse möglich:

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

⁶Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. ⁷Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. ⁸Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. ⁹Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. ¹⁰Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. ¹¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, erstmals bis zum 31. März 2019, Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. ¹²Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. ¹³Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. ¹⁴Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. ¹⁵Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ¹⁶Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(8) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. ²Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. ³Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege. ⁴Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. ⁵Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. ⁶Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. Oktober 2023 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der

durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird.⁷Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.⁸Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.⁹Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 8 unterbrochen.¹⁰Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.¹¹Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

[Fassung Abs. 9 bis 31.12.2025:]

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

[Fassung Abs. 9 ab 1.1.2026:]

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

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

§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung

(1)¹Für jedes Land oder für Teile des Landes wird zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet.²Der Ausschuss kann zur

Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben. ³Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Landespflegeausschüssen zu bestimmen; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen.

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

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

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

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

§ 9 Aufgaben der Länder

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

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

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

§ 10 Berichtspflichten des Bundes und der Länder

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

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

§ 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

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

(2) ¹Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. ²Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen. ³Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.

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

§ 12 Aufgaben der Pflegekassen

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

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

§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

[Fassung Abs. 1 bis 31.12.2024:]

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

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

vor.

[Fassung Abs. 1 ab 1.1.2025:]

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

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

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

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

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

vor, soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt. ²Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen. ³Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Neunten Buch, die Leistungen zur Teilhabe nach dem Vierzehnten Buch [ab 1.1.2025: , die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Soldatenentschädigungsgesetz] und die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen und Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

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

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

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

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

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

(5) ¹Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen und bei Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt; dies gilt nicht für das Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3. ²Satz 1 gilt entsprechend bei Vertragsleistungen aus privaten Pflegeversicherungen, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. ³Rechtsvorschriften, die weitergehende oder ergänzende Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung von der Einkommensermittlung ausschließen, bleiben unberührt.

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

Zweites Kapitel. Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten, Begriff der Pflegeperson

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) ¹Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen

und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.²Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.³Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

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

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vor-

nehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

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

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) ¹Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad).

²Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) ¹Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. ²In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen.

³Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar.

⁴Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. ⁵In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. ⁶Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

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

⁷Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. ⁸Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

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

(3) ¹Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. ²Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht.

³Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte

zu bilden. ⁴Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

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

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

(5) ¹Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind.

²Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. ³Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

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

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

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 16 Verordnungsermächtigung

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

§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen

(1) ¹Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekas-

sen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 18 bis 18c (Begutachtungs-Richtlinien). ²Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen. ³Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁴Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ⁵Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. ⁶§ 118 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. ⁷Wird schriftlichen Anliegen der in Satz 5 genannten Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(1a) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a (Pflegeberatungs-Richtlinien). ²An den Pflegeberatungs-Richtlinien sind die Länder, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. ³Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihren Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁴Darüber hinaus ergänzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der Länder bis zum 31. Juli 2020 die Pflegeberatungs-Richtlinien um Regelungen für eine einheitliche Struktur eines elektronischen Versorgungsplans nach § 7a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und für dessen elektronischen Austausch sowohl mit der Pflegekasse als auch mit den beteiligten Ärzten und Ärztinnen und Pflegeeinrichtungen sowie mit den Beratungsstellen der Kommunen sowie bis zum 31. Dezember 2021 um Regelungen zur Nutzung von digitalen Anwendungen nach § 7a Absatz 2 einschließlich der Festlegungen über technische Verfahren und der Bestimmung von digitalen Anwendungen zur Durchführung der Beratungen. ⁵Die Pflegeberatungs-Richtlinien sind für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich. ⁶Die Festlegungen über technische Verfahren nach Satz 4 sind im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen.

(1b) ¹Der Medizinische Dienst Bund erlässt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Feststellung des Zeiteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. ²Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind dabei nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. ³Im Übrigen gilt § 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 entsprechend.

(1c) ¹Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sind zu beteiligen. ³Die Richtlinien regeln insbesondere

1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,
2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,
3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und
4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen.

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

§ 17a (aufgehoben)

§ 18 Beauftragung der Begutachtung

(1) ¹Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung, ob bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. ²Sie übermitteln die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst oder an die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter. ³Die Übermittlung eines Auftrags hat innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich 30. November 2023 zulässig. ⁴Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens zum 31. Oktober 2023, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

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

(3) ¹Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden,

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

²Der Antragsteller ist auf die Qualifikation und auf die Unabhängigkeit der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. ³Hat sich der Antragsteller für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. ⁴Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse eine Gutachterin oder einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. ⁵Satz 1 Nummer 2 findet keine Anwendung, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

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

§ 18a Begutachtungsverfahren

(1) Im Rahmen der Prüfung nach § 18 Absatz 1 Satz 1 haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.

(2) ¹Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. ²Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. ³Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches. ⁴Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. ⁵Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn

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

⁶Eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 setzt voraus, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. ⁷Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. ⁸Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für

eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens 31. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1.

(3) ¹Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. ²Beide Bereiche werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt; § 14 Absatz 3 bleibt unberührt. ³Mit den Feststellungen nach Satz 1 sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. ⁴Bei der Feststellung nach Satz 1 ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. in Bezug auf außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereiches der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebots, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;
2. in Bezug auf Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.

⁵Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 4 genannten Kriterien für die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 3.

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

(5) ¹Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

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

²Die Frist nach Satz 1 kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. ³Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 oder Satz 2 gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(6) Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, so ist

1. eine Begutachtung des Antragstellers spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und

2. der Antragsteller vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter an die Pflegekasse weiterleitet.

(7) ¹In den Fällen der Absätze 5 und 6 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. ²Die abschließende Begutachtung des Versicherten ist unverzüglich nachzuholen. ³Nimmt der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus, einschließlich eines Aufenthalts im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches, oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

(8) ¹Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und die Pflegeplanung hinzuweisen. ²Die Zustimmung des Versicherten nach § 18b Absatz 3 Satz 1 erfolgt gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert. ³Gleiches gilt spätestens ab 1. November 2023 für die Zustimmung des Versicherten nach § 18c Absatz 3 Satz 3. ⁴Über die Möglichkeiten nach § 18c Absatz 4 Satz 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller bei der Begutachtung zu informieren; die Einwilligung ist jeweils schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(9) ¹Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter soll, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärztinnen und behandelnden Ärzte des Antragstellers, insbesondere die Hausärztin oder den Hausarzt, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. ²Mit Einwilligung des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(10) ¹Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. ²Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. ³Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.

(11) ¹Für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter gilt Absatz 10 entsprechend. ²Die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. ³Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

(12) Für die Gutachterinnen und Gutachter, die von den die private Pflegepflichtversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen beauftragt werden,

Pflegebedürftigkeit festzustellen und Pflegegrade zuzuordnen, gilt § 23 Absatz 6 Nummer 1.

§ 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

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

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

²Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die gutachterliche Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

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

(3) ¹Die im Gutachten gegebenen konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. ²Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird das Vorliegen der nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches notwendigen Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. ³Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. ⁴Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 1 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 konkretisiert. ⁵Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

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

§ 18c Entscheidung über den Antrag, Fristen

(1) ¹Ihre Entscheidung über einen Antrag nach § 33 Absatz 1 Satz 1 hat die zuständige Pflegekasse dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags schriftlich mitzuteilen. ²In den Fällen einer verkürzten Begutachtungsfrist nach § 18a Absatz 5 und 6 hat die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse dem Antragsteller gegenüber unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter bei der Pflegekasse zu erfolgen.

(2) ¹Zusammen mit dem Bescheid wird dem Antragsteller das Gutachten übersandt, sofern er der Übersendung des Gutachtens nicht widerspricht. ²Mit dem Bescheid ist zugleich das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. ³Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. ⁴Die Pflegekasse hat den Antragsteller ebenfalls auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens im Sinne des § 18a Absatz 8 Satz 1 hinzuweisen. ⁵Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. ⁶Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden.

(3) ¹Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die in dem Gutachten empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel und weist ihn zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin. ²Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 informiert die Pflegekasse den Antragsteller über die Bedeutung der empfohlenen Hilfsmittel und klärt ihn über die Regelung nach § 32 Absatz 1a des Fünften Buches auf. ³Die Pflegekasse leitet eine Mitteilung über die empfohlenen Hilfsmittel der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu, wenn der Antragsteller in die Weiterleitung einwilligt.

(4) ¹Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter zu und nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur Prävention oder zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. ²Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt. ³Mit Einwilligung des Antragstellers leitet die Pflegekasse die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und die Informationen nach Satz 2 auch seinen Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu. ⁴Sobald der Pflegekasse die Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt, leitet sie diese Information unverzüglich dem Medizinischen Dienst sowie mit Einwilligung des Antragstellers auch an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie an Angehörige des Antragstellers, Personen seines Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, schriftlich oder elektronisch weiter.

(5) ¹Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. ²Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. ³Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. ⁴Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. ⁵Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. ⁶Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. ⁷Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.

(6) ¹Wird der Antragsteller von der Pflegekasse aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen im Sinne des § 18 Absatz 1 Satz 4 einzureichen, so sind die Fristen nach den Absätzen 1 und 5 Satz 1 so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei der Pflegekasse eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. ²Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem dem Antragsteller die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

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

(1) ¹Die Pflegekassen berichten dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen jährlich über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste oder der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. ²Hierzu wird von den Pflegekassen insbesondere Folgendes an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeldet:

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste und der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
2. die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches,
3. die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger einschließlich der Gründe für eine Ablehnung sowie die Anzahl der Widersprüche,
4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen,
5. die Gründe, aus denen Versicherte nicht in die Weiterleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den Rehabilitationsträger nach § 31 Absatz 3 Satz 1 einwilligen, soweit diese der Pflegekasse bekannt sind, und inwieweit die zuständige Pflegekasse hier tätig geworden ist, und
6. die Maßnahmen, die die Pflegekassen im jeweiligen Einzelfall regelmäßig durchführen, um ihre Aufgaben nach § 18c Absatz 4 und § 31 Absatz 3 zu erfüllen.

³Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. ⁴Näheres über das Verfahren und die Inhalte der Meldung regelt

der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. ²Die Pflegekasse leitet die Meldung zusätzlich der für die Aufsicht über sie zuständigen Stelle zu.

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

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit für die Geschäftsjahre ab 2024 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über Daten, die im Zusammenhang mit den Anträgen auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und dem weiteren Verfahren bei den Pflegekassen stehen, und über die daraus abzuleitenden Erkenntnisse; dabei ist jeweils nach Erst- und Höherstufungsanträgen zu differenzieren. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen. ³Von den Pflegekassen sind insbesondere folgende Daten an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu melden:

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

⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die gemeldeten Daten vor der Berichtslegung aufzubereiten und auf Plausibilität zu prüfen. ⁵Für die Berichterstattung über das Geschäftsjahr 2025 beauftragt er eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit einer Evaluation hinsichtlich der Ergebnisse und Wirkungen der Zuleitung von Mitteilungen zu empfeh-

lenen Heilmitteln nach § 18c Absatz 3 Satz 3. ⁶Der Bericht über das Geschäftsjahr 2025 hat sich zum Ergebnis der Evaluation zu verhalten; das Ergebnis der Evaluation ist dem Bericht beizufügen.

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

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

(1) ¹Der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste können Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben durchführen. ²Für die Durchführung ist eine Vereinbarung mit den Pflegekassen erforderlich.

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

(3) ¹Für die Beauftragung und Durchführung der Modellvorhaben, der Studien und der wissenschaftlichen Expertisen kann der Medizinische Dienst Bund aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu 500 000 Euro im Kalenderjahr nutzen. ²Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Medizinische Dienst Bund und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) ¹Bei der Durchführung der Modellvorhaben kann im Einzelfall von der Regelung des § 18a und insoweit von den Richtlinien nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 abgewichen werden. ²Pflegebedürftige dürfen dadurch jedoch nicht benachteiligt werden.

(5) ¹Für jedes Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. ²Personenbezogene Daten dürfen im Rahmen der Modellvorhaben nur verarbeitet werden, wenn die betroffene Person eingewilligt hat.

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

§ 19 Begriff der Pflegeperson

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

Drittes Kapitel. Versicherungspflichtiger Personenkreis

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

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

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsförderung oder Arbeiterprobung, es sei denn, sie gehören zu dem Personenkreis des § 151 des Vierzehnten Buches *[ab 1.1.2025: oder des § 81 Absatz 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes]*,
7. Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für Behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,
8. Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten), längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

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

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

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

(4) ¹Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder 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. ²Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

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

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, bis zu deren Außerkrafttreten einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung hatten,
- 1a. nach § 42 Absatz 2, 3 oder 4 des Vierzehnten Buches leistungsberechtigt sind,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. nach § 145 Absatz 2 Nummer 4 des Vierzehnten Buches *[ab 1.1.2025: oder nach § 84 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 4 des Soldatenentschädigungsgesetzes]* ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz weiter erhalten oder Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches beziehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,

5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind, wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

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

(1) ¹Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht für Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft gemäß § 176 Absatz 1 des Fünften Buches als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches gilt, sofern sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und sie ohne die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches versicherungspflichtig wären. ²Sofern ein Mitglied bereits gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist, gilt die Versicherungspflicht nach Satz 1 als erfüllt.

(2) ¹Die in § 176 Absatz 1 des Fünften Buches genannten Solidargemeinschaften haben bei ihren Mitgliedern unverzüglich abzufragen, ob sie in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind. ²Die Mitglieder einer Solidargemeinschaft sind verpflichtet, der Solidargemeinschaft innerhalb von drei Monaten nach der Abfrage das Vorliegen eines Pflegeversicherungsschutzes nachzuweisen oder mitzuteilen, dass kein Versicherungsschutz besteht. ³Wird kein Pflegeversicherungsschutz innerhalb der Frist nach Satz 2 nachgewiesen, hat die Solidargemeinschaft das Mitglied unverzüglich aufzufordern, sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu versichern und einen Nachweis darüber innerhalb von sechs Wochen vorzulegen.

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) ¹Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. ²Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. ³Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) ¹Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. ²Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. ³Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(1) ¹Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, versichert sind, sind vorbehaltlich

des Absatzes 2 verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten.²Der Vertrag muß ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht für sie selbst und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind.³Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

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

(3)¹Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind.²Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, daß ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.

- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für
1. Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind,
 2. Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und
 3. Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten.

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

(5) Die Absätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 74 Satz 1 Nummer 1 des Vierzehnten Buches oder Pflegeleistungen für Geschädigte nach § 146 Absatz 2 des Vierzehnten Buches in Verbindung mit § 43 des Elften Buches, nach § 44 des Siebten Buches, [ab 1.1.2025: nach § 16 Nummer 8 des Soldatenentschädigungsgesetzes in Verbindung mit § 17 des Soldatenentschädigungsgesetzes,] nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde.

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

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

§ 24 Versicherungspflicht der Abgeordneten

¹Mitglieder des Bundestages, des Europäischen Parlaments und der Parlamente der Länder (Abgeordnete) sind unbeschadet einer bereits nach § 20 Abs. 3 oder § 23 Abs. 1 bestehenden Versicherungspflicht verpflichtet, gegenüber dem jeweiligen Parlamentspräsidenten nachzuweisen, daß sie sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert haben. ²Das gleiche gilt für die Bezieher von Versorgungsleistungen nach den jeweiligen Abgeordnetengesetzen des Bundes und der Länder.

§ 25 Familienversicherung

(1) ¹Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

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

(2) ¹Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kin-

des unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

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

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

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

§ 26 Weiterversicherung

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

(2) ¹Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich auf Antrag weiterversichern. ²Der Antrag ist bis spätestens einen Monat nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen, bei der die Versicherung zuletzt bestand. ³Die Weiterversicherung erstreckt sich auch auf die nach § 25 versicherten Familienangehörigen oder Lebenspartner, die gemeinsam mit dem Mitglied ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen. ⁴Für Familienangehörige oder Lebenspartner, die im Inland verbleiben, endet die Famili-

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

§ 26a Beitrittsrecht

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

(2) ¹Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. ²Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. ³Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. ⁴Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. ⁵Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

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

§ 27 Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

¹Personen, die nach den § 20, § 21 oder § 21a Absatz 1 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebe-

dürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen.²Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige oder Lebenspartner, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 eintritt.³§ 5 Absatz 9 des Fünften Buches gilt entsprechend.

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),
 - 3a. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a),
- [Fassung Nr. 4 bis 30.6.2025:]
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
- [Fassung Nr. 4 ab 1.7.2025:]
4. *Verhinderungspflege (§ 39 in Verbindung mit § 42a),*
 5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
 - 5a. ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a in Verbindung mit § 40b) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a in Verbindung mit § 40b),
 6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
 7. Kurzzeitpflege (§ 42) *[ab 1.7.2025: § 42 in Verbindung mit § 42a)],*
 - 7a. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42a) *[ab 1.7.2025: § 42b)],*
 8. vollstationäre Pflege (§ 43),
 9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),
 - 9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),
 10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
 11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),
 12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
 - 12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),
 13. Entlastungsbetrag (§ 45b),
 14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches gemäß § 35a.

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

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

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

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

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

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

1. Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40,
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40,
6. Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,
7. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42a [ab 1.7.2025: § 42b],
8. einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,
9. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
10. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,
11. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,
12. den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,
13. die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b.

Zweiter Abschnitt. Gemeinsame Vorschriften

§ 29 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) ¹Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. ²Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken.

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

§ 30 Dynamisierung

(1) Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen zum 1. Januar 2025 um 4,5 Prozent und zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung

die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Brutto-lohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeit-raum.

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

§ 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

(1) ¹Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebe-dürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. ²Werden Leistungen nach diesem Buch gewährt, ist bei Nachuntersuchungen die Frage geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit zu prüfen.

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

(3) ¹Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes oder anderer von ihr beauftragter unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter (§ 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie schriftlich oder elektronisch unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung schriftlich oder elektronisch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie Angehörige, Personen des Vertrauens der Versicherten oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Versicherten versorgen, und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zustän-digen Rehabilitationsträger zu. ²Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. ³Soweit der Versicherte eingewilligt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. ⁴Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu infor-mieren. ⁵Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Lei-stungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Absatz 1 zu erbringen.

§ 32 Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

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

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

§ 33 Leistungsvoraussetzungen

(1) ¹Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. ²Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt

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

(2) ¹Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war. ²Zeiten der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 werden bei der Ermittlung der nach Satz 1 erforderlichen Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. ³Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit nach Satz 1 als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(3) Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder von Familienversicherung nach § 25 aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit nach Absatz 2 anzurechnen.

§ 33a Leistungsausschluss

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

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung [ab 1.1.2025: , nach dem Soldatenentschädigungsgesetz] oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

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

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

[Fassung Abs. 3 bis 30.6.2025:]

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

[Fassung Abs. 3 ab 1.7.2025:]

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

§ 35 Erlöschen der Leistungsansprüche

¹Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Buch nichts Abweichendes bestimmt ist. ²§ 19 Absatz 1a des Fünften Buches erbracht; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen. ³Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erlöschen Ansprüche auf Kostenerstattung nach diesem Buch abweichend von § 59 des Ersten Buches nicht, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Tod des Berechtigten geltend gemacht werden.

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

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

Dritter Abschnitt. Leistungen

Erster Titel. Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 36 Pflegesachleistung

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

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

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

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 761 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1432 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1778 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2200 Euro.

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

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) ¹Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. ²Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbe-

zogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. ³Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 332 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 573 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 765 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 947 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

[Fassung Abs. 2 bis 30.6.2025:]

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

[Fassung Abs. 2 ab 1.7.2025:]

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

(3) ¹Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben in folgenden Intervallen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen:

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

²Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. ³Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. ⁴Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. ⁵Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. ⁶Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

(3a) ¹Die Beratung nach Absatz 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. ²Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.

(3b) Die Beratung nach Absatz 3 kann durchgeführt werden durch

1. einen zugelassenen Pflegedienst,
2. eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder
3. eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft, sofern die Durchführung der Beratung durch einen zugelassenen Pflege-

dienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann.

(3c) ¹Die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger. ²Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. ³Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. ⁴Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach den Sätzen 2 und 4 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. ⁵Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[Fassung § 38 bis 30.6.2025:]

§ 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

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

[Fassung § 38 ab 1.7.2025:]

§ 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

¹Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Absatz 3 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. ²Das

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

§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

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

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind,
2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen,
3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfelds sichergestellt werden kann.

²Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

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

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

[Fassung § 39 bis 30.6.2025:]

§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

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

(2) ¹Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. ²Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet. ³Auf den in Satz 1 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 806 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

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

(4) ¹Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, die einen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 oder 5 pflegt, der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, übernimmt die Pflegekasse abweichend von Absatz 1 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. ²Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. ³In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Absatz 3 Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. ⁴In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 abweichend von Absatz 2 sowie Absatz 3 Satz 2 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. ⁵Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhö-

hungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.

(5) In dem in Absatz 4 Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von § 37 Absatz 2 Satz 2 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt sowie abweichend von § 38 Satz 4 die Hälfte eines vor Beginn der Verhinderungspflege bezogenen anteiligen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt.

[Fassung § 39 ab 1.7.2025:]

§ 39 Verhinderungspflege

(1) ¹Ist eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für den Pflegebedürftigen für längstens acht Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. ²Eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege ist nicht erforderlich. ³Auf welche Höhe sich die Kostenübernahme für die Ersatzpflege durch die Pflegekasse belaufen darf, bestimmt sich nach den Absätzen 2 und 3.

(2) Wird die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflegekosten je Kalenderjahr höchstens bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen.

(3) ¹Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr höchstens bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird. ²Wird die Ersatzpflege von diesen Personen nicht erwerbsmäßig ausgeübt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten. ³Auf Nachweis können von der Pflegekasse bei einer Ersatzpflege nach Satz 2 notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, auch über diesen Betrag hinaus übernommen werden. ⁴Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 2 und 3 zusammen dürfen im Kalenderjahr den Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a nicht übersteigen.]

§ 39a Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen

Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat, durch nach diesem Buch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.

§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(1) ¹Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversiche-

rung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. ²Die Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes überprüfen lassen. ³Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. ⁴§ 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) ¹Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen; bis zum 31. Dezember 2021 gilt ein monatlicher Betrag in Höhe von 60 Euro. ²Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

(3) ¹Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. ²Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. ³Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. ⁴Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. ⁵Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. ⁶Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit. ⁷Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) ¹Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. ²Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. ³Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. ⁴Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. ⁵§ 40 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) ¹Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. ²Zur Gewährleistung einer Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. ³Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten

zur Umsetzung der Pauschalierung. ⁴Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. ⁵Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. ⁶Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. ⁷Für die nach Satz 3 bestimmten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches; für die Prüfung des Leistungsanspruchs gilt § 275 Absatz 3 des Fünften Buches. ⁸Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen nach § 28 Absatz 2.

(6) ¹Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. ²Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach Satz 6 festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. ³Die Empfehlung der Pflegefachkraft darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. ⁴Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. ⁵Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. ⁶Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll. ⁷In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. ⁸Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. ⁹Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.

(7) ¹Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. ²Über einen Antrag auf ein Pflegehilfsmittel, das von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung nach Absatz 6 Satz 2 empfohlen wurde, hat die Pflegekasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden. ³Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 oder Satz 2 nicht einhalten, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁴Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

§ 40a Digitale Pflegeanwendungen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den Pflegebedürftigen oder in der Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten ist (digitale Pflegeanwendungen).

(1a) ¹Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegenden in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung unterstützen und die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren. ²Keine digitalen Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind.

(1b) Sofern digitale Pflegeanwendungen nach den geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften Medizinprodukte sind, umfasst der Anspruch nur digitale Pflegeanwendungen, die nach § 33a Absatz 2 des Fünften Buches Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse sind.

(2) ¹Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommen sind. ²Die Pflegekasse entscheidet auf Antrag des Pflegebedürftigen über die Notwendigkeit der Versorgung des Pflegebedürftigen mit einer digitalen Pflegeanwendung. ³Die erstmalige Bewilligung ist zu befristen. ⁴Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. ⁵Innerhalb der Frist hat die Pflegekasse eine Prüfung vorzunehmen und eine unbefristete Bewilligung zu erteilen, wenn die Prüfung ergibt, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung gemäß Absatz 1 bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird. ⁶Die Pflegekasse darf dazu die pflegebedürftige Person befragen. ⁷Ein erneuter Antrag ist nicht erforderlich. ⁸Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

(3) Ansprüche nach anderen Vorschriften dieses Buches bleiben unberührt.

(4) Die Hersteller stellen den Anspruchsberechtigten digitale Pflegeanwendungen barrierefrei im Wege elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze, auf maschinell lesbaren Datenträgern oder über digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung.

§ 40b Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a sowie auf Leistungen für die Inanspruch-

nahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat.

(2) Die Pflegekasse informiert den Pflegebedürftigen barrierefrei in schriftlicher oder elektronischer Form über die Kosten, die von ihm für die digitale Pflegeanwendung, einschließlich der Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8, selbst zu tragen sind, und über die Kosten, die von ihm für ergänzende Unterstützungsleistungen selbst zu tragen sind.

Zweiter Titel. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

§ 41 Tagespflege und Nachtpflege

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

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

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

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

§ 42 Kurzzeitpflege

(1) ¹Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. ²Dies gilt:

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

[Fassung Abs. 2 bis 30.6.2025:]

(2) ¹Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. ²Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1774 Euro im Kalenderjahr. ³Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 386 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. ⁴Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den

Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.
⁵Auf den in Satz 3 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 1612 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

[Fassung Abs. 2 ab 1.7.2025:]

(2) ¹Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.
²Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a.]

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

[Fassung Abs. 4 bis 30.6.2024:]

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

[Fassung Abs. 4 ab 1.7.2024:]

(4) (aufgehoben)

[Fassung bis 30.6.2025:] Dritter Titel. Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

§ 42a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(1) ¹Pflegebedürftige haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. ²Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches besteht.

(2) ¹Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. ²Zur Erbringung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege kann die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eine nach

§ 72 zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung einsetzen. ³Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer nach § 72 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(3) ¹Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. ²Pflegebedürftige haben Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 entstehen. ³Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

(4) ¹Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, stellt der Antrag zugleich einen Antrag des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen dar, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, sofern der Pflegebedürftige zustimmt. ²Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, prüft mit den nach § 23 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches oder § 40 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches benannten Einrichtungen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung möglich ist, und holt deren Einverständnis ein. ³Liegt das Einverständnis der Einrichtung vor, informiert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen unverzüglich die Krankenkasse. ⁴Über den Antrag auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 ist unverzüglich zu entscheiden. ⁵Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung als der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung versorgt werden, koordiniert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung des Pflegebedürftigen dessen Versorgung.

(5) ¹Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, hat unmittelbar der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen gemäß Absatz 3 zu erstatten. ²Die Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. ³Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der am 31. Dezember des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. ⁴Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. ⁵Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen gemäß Absatz 2 Satz 3 in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu erstatten.

(6) Abweichend von § 34 Absatz 2 ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches versorgt wird; § 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz und Absatz 3 bleibt unberührt.

(7) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vereinbaren bis zum 30. Juni 2024 gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen. ²Die gemeinsamen Empfehlungen sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. ³Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ⁴Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließen bis zum 30. Juni 2024 eine Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren.

(8) Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung hat den Landesverbänden der Pflegekassen vor erstmaliger Versorgung Pflegebedürftiger ein auf Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen nach Absatz 7 erstelltes Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger vorzulegen und in regelmäßigen Abständen dessen Einhaltung nachzuweisen.

(9) ¹Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen erheben Statistiken über Anträge auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie deren Erledigung und Durchführung. ²Zur Durchführung des Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahrens dürfen die Pflegekassen oder die privaten Versicherungsunternehmen die dafür erforderlichen Daten des Pflegebedürftigen sowie der Krankenkasse oder des Rentenversicherungsträgers der Pflegeperson den beteiligten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen übermitteln, sofern der Pflegebedürftige und die Pflegeperson in die Übermittlung einwilligen.

[Fassung ab 1.7.2025:] Dritter Titel. Gemeinsamer Jahresbeitrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

§ 42a Gemeinsamer Jahresbeitrag

(1) Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

(2) ¹Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. ²Die Anzeige gilt als erfolgt, wenn die zur Kostenerstattung im Rahmen der Verhinderungspflege erforderlichen Nachweise und Unterlagen innerhalb dieses Zeitraums bei der Pflegekasse eingereicht worden sind und die Pflegeeinrichtung hierüber nachweisbar sichere Kenntnis hat. ³Werden Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht und wird deren Abrechnung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen, ist durch den Leistungserbringer bis zum Ablauf dieses Zeitraums die Leistungserbringung und deren Umfang gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen.

(3) ¹Erbringen Pflegeeinrichtungen Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege, haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen; auf der Übersicht ist deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. ²Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden. ³Sofern es sich bei den Leistungserbringenden nicht um natürliche Personen handelt, finden die Sätze 1 und 2 auf andere Erbringer von Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege entsprechende Anwendung.

Vierter Titel. Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

§ 42b Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(1) ¹Pflegebedürftige haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. ²Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches besteht.

(2) ¹Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. ²Zur Erbringung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege kann die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eine nach § 72 zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung einsetzen. ³Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer nach § 72 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(3) ¹Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. ²Pflegebedürftige haben Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 entstehen. ³Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

(4) ¹Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, stellt der Antrag zugleich einen Antrag des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen dar, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, sofern der Pflegebedürftige zustimmt. ²Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, prüft mit den nach § 23 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches oder § 40 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches benannten Einrichtungen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen in der

Einrichtung möglich ist, und holt deren Einverständnis ein. ³Liegt das Einverständnis der Einrichtung vor, informiert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen unverzüglich die Krankenkasse. ⁴Über den Antrag auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 ist unverzüglich zu entscheiden. ⁵Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung als der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung versorgt werden, koordiniert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung des Pflegebedürftigen dessen Versorgung.

(5) ¹Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung durchführt, hat unmittelbar der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen gemäß Absatz 3 zu erstatten. ²Die Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. ³Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage des vorangehenden Jahres ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. ⁴Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. ⁵Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen gemäß Absatz 2 Satz 3 in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu erstatten.

(6) Abweichend von § 34 Absatz 2 ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches versorgt wird; § 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz und Absatz 3 bleibt unberührt.

(7) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vereinbaren bis zum 30. Juni 2024 gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen. ²Die gemeinsamen Empfehlungen sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. ³Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ⁴Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließen bis zum 30. Juni 2024 eine Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren.

(8) Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung hat den Landesverbänden der Pflegekassen vor erstmaliger Versorgung Pflegebedürftiger ein auf Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen nach Absatz 7 erstelltes Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger vorzulegen und in regelmäßigen Abständen dessen Einhaltung nachzuweisen.

(9) ¹Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen erheben Statistiken über Anträge auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie deren Erledigung und Durchführung. ²Zur Durchführung des Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahrens dürfen die Pflegekassen oder die privaten Versicherungsunternehmen die dafür erforderlichen Daten des Pflegebedürftigen sowie der Krankenkasse oder des Rentenversicherungsträgers der Pflegeperson den beteiligten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen übermitteln, sofern der Pflegebedürftige und die Pflegeperson in die Übermittlung einwilligen.

Vierter Titel. *[ab 1.7.2025: Fünfter Titel.] Vollstationäre Pflege*

§ 43 Inhalt der Leistung

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

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

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

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

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

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

Fünfter Titel. *[ab 1.7.2025: Sechster Titel.] Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen*

§ 43a Inhalt der Leistung

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

Sechster Titel. *[ab 1.7.2025: Siebter Titel.] Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen*

§ 43b Inhalt der Leistung

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivie-

rung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Siebter Titel. [ab 1.7.2025: Achter Titel.] Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

§ 43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

¹Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich zwölf Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. ²Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als zwölf Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. ³Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. ⁴Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. ⁵Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach § 43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, berücksichtigt. ⁶Die Pflegeeinrichtung, die den Pflegebedürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse des Pflegebedürftigen neben dem Leistungsbetrag den Leistungszuschlag in Rechnung und dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil. ⁷Die Pflegekasse übermittelt für jeden Pflegebedürftigen beim Einzug in die Pflegeeinrichtung sowie zum 1. Januar 2022 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43.

Vierter Abschnitt. Leistungen für Pflegepersonen

§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

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

Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle.⁷ Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln.

(2)¹ 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 zu entrichtenden Beiträge auf Antrag an die berufsständische Versorgungseinrichtung gezahlt.² § 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.

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

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

(3)¹ Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Rentenversicherung zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Rentenversicherungsträgern zu melden.² 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. den Pflegegrad des Pflegebedürftigen und
8. die nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

³ Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. können mit der Deutschen Rentenversicherung Bund Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

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

(5)¹ Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches oder an die Bundesagentur für Arbeit nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Weiterleitung der in Satz 2 genannten Angaben an diese Stelle zu

erfragen. ²Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht sowie bei Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, insbesondere bei einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflege Tätigkeit oder einem Wechsel der Pflegeperson, die in Absatz 3 Satz 2 genannten Angaben mitzuteilen. ³Absatz 4 findet auf Satz 2 entsprechende Anwendung. ⁴Für die Mitteilungen nach Satz 2 haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen spätestens zum 1. Januar 2020 ein elektronisches Verfahren vorzusehen, bei dem die Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherrn automatisch erfolgen. ⁵Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen haben technisch sicherzustellen, dass die Meldungen nach Absatz 3 an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erst erfolgen, wenn die erforderliche Mitteilung an die Beihilfefestsetzungsstelle oder den Dienstherrn erfolgt ist. ⁶Für Beiträge, die von den Beihilfestellen und Dienstherrn nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt worden sind, weil die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Mitteilungen nach Satz 2 nicht, nicht unverzüglich, nicht vollständig oder fehlerhaft durchgeführt haben, ist von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen ein Säumniszuschlag entsprechend § 24 Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches zu zahlen; dies gilt nicht, wenn im Einzelfall kein Verschulden der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen vorliegt.

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

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) ¹Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. ²Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünftens Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. ³Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindest-

beiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. ⁴Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. ⁵Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. ⁶Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(2) (aufgehoben)

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

(4) ¹Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. ²Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. ³Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. ⁴Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. ⁵Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. ⁶Die von den in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die von diesen Stellen ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Ren-

tenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen wären; die Beiträge dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen. ⁷§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.

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

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

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

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

§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) ¹Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. ²Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. ³Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. ⁴§ 114a Absatz 3a gilt entsprechend. ⁵Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

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

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

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

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

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

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

³Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. ⁴Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. ⁵In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte

Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

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

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

(4) ¹Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. ²Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. ³Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. ⁴Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfestetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. ⁵Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. ⁶Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. ⁷Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwen-

dungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. ⁸Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. ⁹Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 45b Entlastungsbetrag

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

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

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

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

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

(4) ¹Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. ²Näheres zur Ausgestaltung einer ent-

sprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen.

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

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

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

²Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens. ³Darüber hinaus fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 20 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 9; Satz 2 gilt entsprechend. ⁴Fördermittel nach Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend. ⁵Im Rahmen der Förderung nach Satz 1 können jeweils auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

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

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

der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert sind.

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

(5) ¹Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, in einzelnen Regionen erprobt werden. ²Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. ³Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. ⁴Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. ⁵Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. ⁶Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

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

(7) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke. ²In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss und dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der

Arbeitsförderung genutzt werden können. ³Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. ⁴Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. ⁵Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

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

(9) ¹Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen können die in Absatz 1 Satz 3 genannten Mittel für die Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. ²Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. ³Je Kreis oder kreisfreier Stadt können zwei regionale Netzwerke, je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. ⁴Abweichend von Satz 1 können pro Bezirk in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, zwei regionale Netzwerke gefördert werden. ⁵Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. ⁶Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. ⁷Den Kreisen und kreisfreien Städten, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des Absatzes 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. ⁸Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 5 entsprechend. ⁹Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 finden entsprechende Anwendung. ¹⁰Die Absätze 2 und 6 finden keine Anwendung. ¹¹Die Empfehlungen nach Absatz 7, soweit sie die Förderung der regionalen Netzwerke betreffen, sind bis zum 31. Dezember 2021 zu aktualisieren.

§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

¹Je Kalenderjahr werden 0,15 Euro je Versicherten verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben; um eine gerechte Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. ²Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Satz 1 ergänzt eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft und wird jeweils in Höhe von 75 Prozent des Zuschusses gewährt, der für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet wird. ³Davon abweichend können von

den nach Satz 1 auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versicherten als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. ⁴Die Gründungszuschüsse sind von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. ⁵Im Übrigen werden für die Förderung der Selbsthilfe die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4 und Absatz 6 Satz 2, entsprechend angewendet. ⁶§ 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von einer Übertragung auf die Länder ausgenommen sind. ⁷Die nach Satz 6 von der Übertragung ausgenommenen Mittel werden zur Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet. ⁸Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. ⁹Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. ¹⁰Die Bewilligung der Fördermittel aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen darf jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. ¹¹Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. ¹²Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel nach Satz 7 werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. ¹³Selbsthilfegruppen im Sinne dieser Vorschrift sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige oder vergleichbar Nahestehende das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. ¹⁴Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. ¹⁵Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. ¹⁶Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt. ¹⁷§ 45c Absatz 7 Satz 5 gilt entsprechend. ¹⁸Im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe können auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

Sechster Abschnitt. Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

§ 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) ¹Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der

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

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

§ 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen

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

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

Fünftes Kapitel. Organisation

Erster Abschnitt. Träger der Pflegeversicherung

§ 46 Pflegekassen

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

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

(3) ¹Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen auf Grund dieses Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 3 Prozent des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet; dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 5 und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18c Absatz 5 zu vermindern. ²Bei der Berechnung der Erstattung sind die Beitragseinnahmen um die Beitragseinnahmen zu vermindern, die dazu bestimmt sind, nach § 135 dem Versorgungsfonds der sozialen Pflegeversicherung zugeführt zu werden. ³Der Gesamtbetrag der nach Satz 1 zu erstattenden Verwaltungskosten aller Krankenkassen ist nach dem tatsächlich entstehenden Aufwand (Beitragseinzug/Leistungsgewährung) auf die Krankenkassen zu verteilen. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt das Nähere über die Verteilung. ⁵Außerdem übernehmen die Pflegekassen 50 vom Hundert der umlagefinanzierten Kosten des Medizinischen Dienstes. ⁶Personelle Verwaltungskosten, die einer Betriebskrankenkasse von der Pflegekasse erstattet werden, sind an den Arbeitgeber weiterzuleiten, wenn er die Personalkosten der Betriebskrankenkasse nach § 149 Absatz 2 des Fünften Buches trägt. ⁷Der Verwaltungsaufwand in der sozialen Pflegeversicherung ist nach Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu überprüfen.

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

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

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

§ 47 Satzung

(1) Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über:

1. Name und Sitz der Pflegekasse,
2. Bezirk der Pflegekasse und Kreis der Mitglieder,
3. Rechte und Pflichten der Organe,

4. Art der Beschlußfassung der Vertreterversammlung,
5. Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung wahrnehmen,
6. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung,
7. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle und
8. Art der Bekanntmachungen.

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

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

§ 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

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

(2) ¹Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. ²An die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, dürfen die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 personenbezogene Daten nur übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Zusammenhang mit den Regelungen des Siebten Kapitels des Zwölften Buches erforderlich ist und im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen. ³Der Empfänger darf diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. ⁴Ebenso dürfen die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. ⁵Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen dürfen diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind. ⁶Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 sowie die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, haben sicherzustellen, dass die personenbezogenen Daten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.

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

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,

2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
 3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
 4. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,
 5. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen und
 6. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.
- ²Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. ³Die Stellen nach Satz 1 Nummer 4 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. ⁴Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.

Zweiter Abschnitt. Zuständigkeit, Mitgliedschaft

§ 48 Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

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

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

(3) ¹Personen, die nach § 21 Nr. 6 versichert sind, können die Mitgliedschaft wählen bei der Pflegekasse, die bei

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

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

§ 49 Mitgliedschaft

(1) ¹Die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20, des § 21 oder des § 21a vorliegen. ²Sie endet mit dem Tod des Mitglieds oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 20, des § 21 oder des § 21a entfallen, sofern nicht das Recht zur Weiterversicherung nach § 26 ausgeübt wird. ³Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 Versicherten gelten § 186 Abs. 11 und § 190 Abs. 13 des Fünften Buches entsprechend.

(2) ¹Für das Fortbestehen der Mitgliedschaft gelten die §§ 189, 192 des Fünften Buches sowie § 25 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend.

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

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

Dritter Abschnitt. Meldungen

§ 50 Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

(1) ¹Alle nach § 20 versicherungspflichtigen Mitglieder haben sich selbst unverzüglich bei der für sie zuständigen Pflegekasse anzumelden. ²Dies gilt nicht, wenn ein Dritter bereits eine Meldung nach den §§ 28a bis 28c des Vierten Buches, §§ 199 bis 205 des Fünften Buches oder §§ 27 bis 29 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zur gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben hat; die Meldung zur gesetzlichen Krankenversicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein. ³Bei freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gilt die Beitrittsklärung zur gesetzlichen Krankenversicherung als Meldung zur sozialen Pflegeversicherung.

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

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

[Fassung Nr. 7 ab 1.1.2025:

7. die Bundeswehrverwaltung für geschädigte Personen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz.]

(3) ¹Personen, 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.

²Sie haben auf Verlangen die Unterlagen, aus denen die Tatsachen oder die Änderung der Verhältnisse hervorgehen, der Pflegekasse in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen.

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

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

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

§ 51 Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

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

(2) ¹Der Dienstherr hat für Heilfürsorgeberechtigte, die weder privat krankenversichert noch Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, eine Meldung an das Bundesamt für Soziale Sicherung zu erstatten. ²Die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten melden die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bei diesen Einrichtungen versicherten Mitglieder und mitversicherten Familienangehörigen an das Bundesamt für Soziale Sicherung.

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

Vierter Abschnitt. Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

§ 52 Aufgaben auf Landesebene

(1) ¹Die Landesverbände der Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die nach § 36 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte als Landesverband tätige landwirtschaftliche Krankenkasse sowie die Ersatzkas-

sen nehmen die Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen wahr. ²§ 211a und § 212 Abs. 5 Satz 4 bis 10 des Fünften Buches gelten entsprechend.

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

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

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

§ 53 Aufgaben auf Bundesebene

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

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

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

(2) Die Richtlinien regeln insbesondere Folgendes:

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

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

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

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

Fünfter Abschnitt. Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund

§ 53c Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung

(1) ¹Die Medizinischen Dienste gemäß § 278 des Fünften Buches haben die ihnen nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. ²Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner ihm nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen.

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

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

§ 53d Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

(1) ¹Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in pflegefachlichen und organisatorischen Fragen. ²Er berät den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in allen pflegerischen Fragen.

(2) ¹Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien

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

²Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 sind bis spätestens 30. Juni 2022 zu erlassen. ³In den Richtlinien ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben und eine Unterteilung entsprechend der Aufgabenbereiche Begutachtungen, Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung vorzunehmen. ⁴Die für den Erlass der Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Daten sind in allen Medizinischen Diensten unter Koordinierung des Medizinischen Dienstes Bund nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise spätestens ab dem 1. Januar 2022 zu erheben und in nicht personenbezogener Form an den Medizinischen Dienst Bund zu übermitteln. ⁵Der Medizinische Dienst Bund wertet die übermittelten Daten unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste aus. ⁶Die Richtlinien nach Satz 1 sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. ⁷Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(3) ¹Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien

1. zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtung,
2. zur Feststellung des Zeiteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat, nach § 17 Absatz 1b,
3. zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a,
4. zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 sowie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung,
5. zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen im Fall guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114c Absatz 1,
6. zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten und
7. zu den von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichten und Statistiken.

²Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. ³Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ⁴Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 sind für die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen verbindlich. ⁵Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 ist für die Medizinischen Dienste verbindlich.

Sechstes Kapitel. Finanzierung

Erster Abschnitt. Beiträge

§ 54 Grundsatz

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

(2) ¹Die Beiträge werden nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 55) erhoben. ²Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt. ³Für die Berechnung der Beiträge ist die Woche zu sieben, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.

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

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Der Beitragssatz beträgt, vorbehaltlich des Satzes 2, bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. ²Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 ausschließlich nach Maßgabe des Absatzes 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen. ³Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(1a) ¹Die Bundesregierung darf den Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 ausschließlich zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung anpassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht; mehrere Anpassungen durch Rechtsverordnung dürfen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen. ²Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist dem Bundestag vor der Zuleitung an den Bundesrat zuzuleiten. ³Sie kann durch Beschluss des Bundestages geändert oder abgelehnt werden. ⁴Der Beschluss des Bundestages wird der Bundesregierung zugeleitet. ⁵Hat sich der Bundestag nach Ablauf von drei Sitzungswochen seit Eingang der Rechtsverordnung nicht mit ihr befasst, so wird die unveränderte Rechtsverordnung dem Bundesrat zugeleitet.

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

(3) ¹Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). ²Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches. ³Satz 1 gilt auch nicht für Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 3 Nummer 2 und 3 des Ersten Buches. ⁴Für diese reduziert sich der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 für jedes Kind ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte; bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. ⁵Satz 4 gilt auch für Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3a) ¹Die Elterneigenschaft sowie die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren müssen gegenüber der beitragsabführenden Stelle, bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen sein, sofern diesen die Angaben nicht bereits bekannt sind. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. ³Die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen sind berechtigt, entsprechende Nachweise anzufordern.

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

(3c) ¹Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und bürgerfreundliches Verwaltungshandeln zu gewährleisten, wird bis zum 31. März 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt. ²Die Bundesregierung berichtet bis zum 31. Dezember 2023 über den Stand der Entwicklung des digitalen Verfahrens.

(3d) ¹Können die Abschläge nach Absatz 3 Satz 4 und 5 von den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen nicht ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden, sind sie so bald wie möglich, spätestens bis zum 30. Juni 2025 zu erstatten. ²In dem Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 gilt der Nachweis unbeschadet des Absatzes 3a auch dann als erbracht, wenn das Mitglied auf Anforderung der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse die erforderlichen Angaben zu den berücksichtigungsfähigen Kindern mitteilt.

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

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

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

§ 56 Beitragsfreiheit

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

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

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

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

(3) ¹Beitragsfrei sind Mitglieder für die Dauer des Bezuges von Mutterschafts- oder Elterngeld. ²Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen.

(4) Beitragsfrei sind auf Antrag Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 74 Satz 1 Nummer 1 des Vierzehnten Buches oder Pflegeleistungen für Geschädigte nach § 146 Absatz 2 des Vierzehnten Buches in Verbindung mit § 43 des Elften Buches, nach § 44 des Siebten Buches, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes [ab 1.1.2025: , nach § 16 Nummer 8 des Soldatenentschädigungsgesetzes in Verbindung mit § 17 des Soldatenentschädigungsgesetzes] oder nach Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 25 besteht.

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

§ 57 Beitragspflichtige Einnahmen

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

(2) ¹Bei Beziehern von Krankengeld gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 vom Hundert des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrundeliegt. ²Dies gilt auch für den Krankengeldbezug eines rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen eines landwirtschaftlichen Unternehmers. ³Beim

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

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

(4) ¹Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, ist für die Beitragsbemessung § 240 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden. ²Für die Beitragsbemessung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentenantragsteller und freiwillig versicherten Rentner finden darüber hinaus die §§ 238a und 239 des Fünften Buches entsprechende Anwendung. ³Abweichend von Satz 1 ist bei Mitgliedern nach § 20 Abs. 1 Nr. 10, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, § 236 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden; als beitragspflichtige Einnahmen der satzungsmäßigen Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlicher Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sind der Wert für gewährte Sachbezüge oder das ihnen zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen gezahlte Entgelt zugrunde zu legen. ⁴Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die von einem Rehabilitationsträger Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung [ab 1.1.2025: „Krankengeld der Soldatenentschädigung“] 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.

§ 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten

(1) ¹Die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 12 versicherungspflichtig Beschäftigten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, und ihre Arbeitgeber tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte. ²Soweit für Beschäftigte Beiträge für Kurzarbeitergeld oder Qualifizie-

rungsgeld zu zahlen sind, trägt der Arbeitgeber den Beitrag allein. ³Den Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Absatz 3 Satz 1 tragen die Beschäftigten.

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

(3) ¹Die in Absatz 1 genannten Beschäftigten tragen die Beiträge in Höhe von 1 vom Hundert allein, wenn der Beschäftigungsort in einem Land liegt, in dem die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage nicht um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist. ²In Fällen des § 55 Absatz 1 Satz 3 werden die Beiträge in Höhe von 0,5 vom Hundert allein getragen. ³Im Übrigen findet Absatz 1 Anwendung, soweit es sich nicht um eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb des Übergangsbereichs nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches handelt, für die Absatz 5 Satz 2 Anwendung findet. ⁴Die Beiträge der Beschäftigten erhöhen sich nicht, wenn Länder im Jahr 2017 den Reformationstag einmalig zu einem gesetzlichen Feiertag erheben.

(4) ¹Die Aufhebung eines Feiertages wirkt für das gesamte Kalenderjahr. ²Handelt es sich um einen Feiertag, der im laufenden Kalenderjahr vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung über die Streichung liegt, wirkt die Aufhebung erst im folgenden Kalenderjahr.

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

§ 59 Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

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

(2) ¹Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld werden von den Leistungsbeziehern und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen, soweit sie auf das Krankengeld entfallen und dieses nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen ist, im übrigen von den Krankenkassen; die Beiträge werden auch dann von den Krankenkassen getragen, wenn das dem Krankengeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt. ²Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches oder für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind von der Stelle zu tragen, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen.

(3) ¹Die Beiträge für die nach § 21 Nr. 1 bis 5 versicherten Leistungsempfänger werden vom jeweiligen Leistungsträger getragen. ²Beiträge auf Grund des Leistungsbezugs im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe nach Kapitel 6 des Vierzehnten Buches gelten als Aufwendungen für die Kriegsopferfürsorge.

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

1. die auf Grund des Bezuges von Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach Kapitel 5 des Vierzehnten Buches [ab 1.1.2025: , *Krankengeld der Soldatenentschädigung*] oder von Übergangsgeld zu zahlenden Beiträge von dem zuständigen Rehabilitationsträger,
2. die Beiträge für satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonen und ähnliche Personen einschließlich der Beiträge bei einer Weiterversicherung nach § 26 von der Gemeinschaft allein getragen.

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

§ 59a Berücksichtigung des Beitragsabschlags für Eltern bei der Beitrags- tragung

¹Der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 reduziert die vom Mitglied zu tragenden Beiträge. ²Soweit die Beiträge von Dritten getragen werden, findet der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 keine Berücksichtigung.

§ 60 Beitragszahlung

(1) ¹Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. ²§ 252 Abs. 1 Satz 2, die §§ 253 bis 256a des Fünften Buches und § 49 Satz 2, die §§ 50 und 50a des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. ³Die aus einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu entrichtenden Beiträge werden von der Alterskasse gezahlt; § 28g Satz 1 des Vierten Buches gilt entsprechend.

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

(3) ¹Die Beiträge sind an die Krankenkassen zu zahlen; in den in § 252 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches geregelten Fällen sind sie an den Gesundheitsfonds zu zahlen, der sie unverzüglich an den Ausgleichsfonds weiterzuleiten hat. ²Die nach Satz 1 eingegangenen Beiträge zur Pflegeversicherung sind von der Krankenkasse unverzüglich an die Pflegekasse weiterzuleiten. ³In den Fällen des § 252 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches ist das Bundesamt für Soziale Sicherung als Verwalter des Gesundheitsfonds, im Übrigen sind die Pflegekassen zur Prüfung der ordnungsgemäßen Beitragszahlung berechtigt; § 251 Absatz 5 Satz 3 bis 7 des Fünften Buches gilt entsprechend. ⁴§ 24 Abs. 1 des Vierten Buches gilt. ⁵§ 252 Abs. 3 des Fünften

Buches gilt mit der Maßgabe, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung den Beiträgen zur Krankenversicherung gleichstehen.

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

(5) ¹Der Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 1 ist von demjenigen zu zahlen, der die Beiträge zu zahlen hat. ²Wird der Pflegeversicherungsbeitrag von einem Dritten gezahlt, hat dieser einen Anspruch gegen das Mitglied auf den von dem Mitglied zu tragenden Beitragszuschlag. ³Dieser Anspruch kann von dem Dritten durch Abzug von der an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend gemacht werden.

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

(7) ¹Die Beitragszuschläge für die Bezieher von Arbeitslosengeld, Qualifizierungsgeld, Unterhaltsgeld und Kurzarbeitergeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und, soweit die Bundesagentur beitragszahlungspflichtig ist, für Bezieher von Berufsausbildungsbeihilfe nach dem Dritten Buch werden von der Bundesagentur für Arbeit pauschal in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen. ²Die Bundesagentur für Arbeit kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales hinsichtlich der übernommenen Beträge Rückgriff bei den genannten Leistungsbeziehern nach dem Dritten Buch nehmen. ³Die Bundesagentur für Arbeit kann mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung Näheres zur Zahlung der Pauschale vereinbaren.

Zweiter Abschnitt. Beitragszuschüsse

§ 61 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

(1) ¹Beschäftigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, erhalten unter den Voraussetzungen des § 58 von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß, der in der Höhe begrenzt ist, auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil nach § 58 zu zahlen wäre. ²Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilmäßig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet. ³Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist zusätzlich zu dem Zuschuß nach Satz 1 die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 58 Abs. 1 Satz 2 als Beitrag zu tragen hätte. ⁴Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, die eine Beschäftigung nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz ausüben, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss den Betrag, den Arbeitgeber bei Versicherungspflicht der Freiwilligendienstleistenden nach § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Vierten Buches für die Pflegeversicherung zu tragen hätten.

(2) ¹Beschäftigte, die in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach den §§ 22 und 23 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen dieses Buches gleichwertig sind, erhalten unter den Voraussetzungen des § 58 von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. ²Der Zuschuß ist in der Höhe begrenzt auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung als Beitragsanteil zu zahlen wäre, höchstens jedoch auf die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine private Pflegeversicherung zu zahlen hat. ³Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld [ab 1.4.2004: oder Qualifizierungsgeld] nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, daß sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. ⁴Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

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

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

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

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

(6) ¹Das Krankenversicherungsunternehmen hat dem Versicherungsnehmer eine Bescheinigung darüber auszuhändigen, daß ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Absatz 5 genannten Voraussetzungen betreibt. ²Der Versicherungsnehmer hat diese Bescheinigung dem zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten jeweils nach Ablauf von drei Jahren vorzulegen.

(7) ¹Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, sowie Personen, für die der halbe Beitragssatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 gilt, haben gegenüber dem Arbeitgeber oder Dienstherrn, der die Beihilfe und Heilfürsorge zu Aufwendungen aus Anlaß der Pflege gewährt, keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuß. ²Hinsichtlich der Beitragszuschüsse für Abgeordnete, ehemalige Abgeordnete und deren Hinterbliebene wird auf die Bestimmungen in den jeweiligen Abgeordnetengesetzen verwiesen.

Dritter Abschnitt. Bundesmittel

§ 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

(1) ¹Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde Euro in monatlich zum jeweils ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Ausgleichsfonds nach § 65. ²Die Zahlungen für die Jahre 2024 bis 2027 werden ausgesetzt und ab dem Jahr 2028 wieder aufgenommen.

(2) Das entsprechend dem Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte Darlehen in Höhe von 1 Milliarde Euro ist in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31. Dezember 2023 und in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31. Dezember 2028 zurückzuzahlen.

Vierter Abschnitt. Verwendung und Verwaltung der Mittel

§ 62 Mittel der Pflegekasse

Die Mittel der Pflegekasse umfassen die Betriebsmittel und die Rücklage.

§ 63 Betriebsmittel

(1) Die Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden:

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

(2) ¹Die Betriebsmittel dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der in Absatz 1 Nr. 1 genannten Aufwendungen nicht übersteigen. ²Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Pflegekasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage zuzuordnen sind. ³Durchlaufende Gelder bleiben außer Betracht.

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

§ 64 Rücklage

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

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

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

(4) ¹Übersteigt die Rücklage das Rücklagesoll, so ist der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln bis zu der in § 63 Abs. 2 genannten Höhe zuzuführen. ²Darüber hinaus verbleibende Überschüsse sind bis zum 15. des Monats an den Ausgleichsfonds nach § 65 zu überweisen.

(5) ¹Die Rücklage ist getrennt von den sonstigen Mitteln so anzulegen, daß sie für den nach Absatz 1 bestimmten Zweck verfügbar ist. ²Sie wird von der Pflegekasse verwaltet.

Fünfter Abschnitt. Ausgleichsfonds, Finanzausgleich

§ 65 Ausgleichsfonds

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

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

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

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

(4) ¹Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung bei der Verwaltung des Ausgleichsfonds entstehenden Kosten werden durch die Mittel des Ausgleichsfonds gedeckt. ²Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres zu der Erstattung der Verwaltungskosten regeln.

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

§ 66 Finanzausgleich

(1) ¹Die Leistungsaufwendungen sowie die Verwaltungskosten der Pflegekassen werden von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. ²Zu diesem Zweck findet zwischen allen Pflegekassen ein Finanzausgleich statt. ³Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt den Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durch. ⁴Es hat Näheres zur Durchführung des

Finanzausgleichs mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu vereinbaren.
⁵Die Vereinbarung ist für die Pflegekasse verbindlich.

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

§ 67 Monatlicher Ausgleich

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

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

(2) ¹Sind die Ausgaben zuzüglich des Betriebsmittel- und Rücklagesolls höher als die Einnahmen zuzüglich des vorhandenen Betriebsmittelbestands und der Rücklage am Ersten des laufenden Monats, erhält die Pflegekasse bis zum Monatsende den Unterschiedsbetrag aus dem Ausgleichsfonds. ²Sind die Einnahmen zuzüglich des am Ersten des laufenden Monats vorhandenen Betriebsmittelbestands und der Rücklage höher als die Ausgaben zuzüglich des Betriebsmittel- und Rücklagesolls, überweist die Pflegekasse den Unterschiedsbetrag an den Ausgleichsfonds.

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

§ 68 Jahresausgleich

(1) ¹Nach Ablauf des Kalenderjahres wird zwischen den Pflegekassen ein Jahresausgleich durchgeführt. ²Nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller Pflegekassen und der Jahresrechnung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Pflegeversicherung für das abgelaufene Kalenderjahr werden die Ergebnisse nach § 67 bereinigt.

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

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

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

Siebttes Kapitel. Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt. Allgemeine Grundsätze

§ 69 Sicherstellungsauftrag

¹Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsge-
rechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegeri-

scher Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag).² Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern.³ Dabei sind die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

§ 70 Beitragssatzstabilität

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

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

Zweiter Abschnitt. Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

§ 71 Pflegeeinrichtungen

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

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

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

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

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

1. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann,
 2. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
 3. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
 4. Altenpflegerin oder Altenpfleger
- eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich.² Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft.³ Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden.⁴ Die Rahmenfrist nach den

Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. ⁵Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. ⁶Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. ⁷Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Januar 2023 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.

(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

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

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

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) ¹Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). ²In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allge-

meinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(2) ¹Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist; für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) einschließlich für einzelne, eingestreute Pflegeplätze eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann, insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden. ²Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich. ³Bei Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste zu beachten.

(3) ¹Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

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

ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. ²Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. ³Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen ressourcenschonend und effizient zu erbringen sind.

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

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

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

3. die Höhe der Entlohnung von Nummer 1 oder Nummer 2 entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht unterschreitet oder
4. hinsichtlich der Entlohnungsbestandteile nach Satz 2 Nummer 1 bis 5, die den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern der in § 82c Absatz 2 Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen jeweils im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der jeweiligen regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und hinsichtlich der pflegetypischen Zuschläge nach Satz 2 Nummer 6, die den in Satz 1 genannten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, jeweils in der nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten Höhe, nicht unterschreitet.

²Zur Entlohnung im Sinne dieses Gesetzes zählen

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

³Pflegetypische Zuschläge im Sinne von Satz 2 Nummer 6 sind Nachtzuschläge, Sonntagszuschläge und Feiertagszuschläge. ⁴Diese sind von den Pflegeeinrichtungen im Fall von Satz 1 Nummer 4 unter den folgenden Voraussetzungen zu zahlen:

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

⁵Die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen haben die Entlohnung im Sinne von Satz 1, soweit mit ihr die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift erfüllt werden, in Geld zu zahlen. ⁶Tritt im Fall von Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Änderung im Hinblick auf die in dem jeweiligen Tarifvertrag oder in den jeweiligen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Entlohnung ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Anpassungen der von ihnen gezahlten Entlohnung spätestens innerhalb von zwei Monaten vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde. ⁷Erhöhen sich im Fall von Satz 1 Nummer 4 die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, haben die Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, die höhere Entlohnung im Zeitraum ab dem 1. Dezember 2022 spätestens ab dem 1. Februar 2023, nach dem 1. Februar 2023 jeweils spätestens ab dem 1. Januar des Jahres, das auf die Veröffentlichung der Werte nach § 82c Absatz 5 folgt, zu zahlen. ⁸Zur Erfüllung der Vorgaben von Satz 1 Nummer 4 sind im Zeitraum vom 1. September 2022 bis zum 31. Januar 2023 die aufgrund der Mitteilung nach Absatz 3e in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung und auf der Grundlage von § 82c Absatz 5 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung veröffentlichten regional üblichen Entgelt-niveaus in drei Qualifikationsgruppen und pflegetypischen Zuschläge nach den Sätzen 3 und Satz 4 maßgebend.

(3c) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien, erstmals bis zum Ablauf des 30. September 2021, das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Absätze 3a und 3b sowie zu den nach Absatz 3e Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Angaben fest. ²In den Richt-

linien ist auch festzulegen, welche Folgen eintreten, wenn eine Pflegeeinrichtung ihre Mitteilungspflicht nach Absatz 3d Satz 2 oder Absatz 3e nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllt. ³Die in den Richtlinien vorgesehenen Folgen müssen verhältnismäßig sein und im Einzelfall durch den jeweiligen Landesverband der Pflegekassen gegenüber der Pflegeeinrichtung verhältnismäßig angewendet werden. ⁴Bei der Festlegung hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. ⁵Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. ⁶Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ⁷Die Richtlinien sind für die Pflegekassen und ihre Verbände sowie für die Pflegeeinrichtungen verbindlich.

(3d) ¹Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen des Absatzes 3a oder des Absatzes 3b mitzuteilen,

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

²Im Jahr 2022 sind alle Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen die in Satz 1 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung genannten Angaben spätestens bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 mitzuteilen. ³Die Mitteilung nach Satz 2 gilt, sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht, als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung zum 1. September 2022.

(3e) ¹Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:

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

²Der Mitteilung ist die jeweils am 1. August des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen. ³Tritt nach der Mitteilung nach Satz 1 eine Änderung im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen diese Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich die aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten

Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln.

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

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

(4) ¹Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. ²Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen. ³Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.

§ 73 Abschluß von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag ist schriftlich abzuschließen.

(2) ¹Gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. ²Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(3) ¹Mit Pflegeeinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1995 ambulante Pflege, teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege auf Grund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. ²Satz 1 gilt nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen dies im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) bis zum 30. Juni 1995 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. ³Satz 1 gilt auch dann nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 offensichtlich nicht erfüllt. ⁴Die Pflegeeinrichtung hat bis spätestens zum 31. März 1995 die Voraussetzungen für den Bestandschutz nach den Sätzen 1 und 2 durch Vorlage von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern sowie geeigneter Unterlagen zur Prüfung und Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit gegenüber einem Landesverband der Pflegekassen nachzuweisen. ⁵Der Versorgungsvertrag bleibt wirksam, bis er durch einen neuen Versorgungsvertrag abgelöst oder gemäß § 74 gekündigt wird.

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

§ 74 Kündigung von Versorgungsverträgen

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

erhalten und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen. ²Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen. ³Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvorganges mit dem Träger der Pflegeeinrichtung insbesondere vereinbaren, dass

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

(2) ¹Der Versorgungsvorgang kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn die Einrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, daß ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. ²Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommen oder die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet. ³Das gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheimes nach den heimrechtlichen Vorschriften die Betriebslaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt wird. ⁴Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) ¹Die Kündigung bedarf der Schriftform. ²Für Klagen gegen die Kündigung gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.

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

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. ²Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. ³Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe oder anderer nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Träger, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluß zu beteiligen. ⁴Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich. ⁵Sie sind von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen.

(2) ¹Die Verträge regeln insbesondere:

1. den Inhalt der Pflegeleistungen einschließlich der Sterbebegleitung sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
 - 1a. bei häuslicher Pflege den Inhalt der ergänzenden Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen,
2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung, der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,

3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
5. Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,
6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,
7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,
8. die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten,
9. die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können,
10. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Personalbeschaffung sowie geeigneter Qualitätsnachweise für die Anwerbung von Pflegepersonal aus Drittstaaten bei den Vergütungsverhandlungen, soweit nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 4 umfasst.

²Durch die Regelung der sächlichen Ausstattung in Satz 1 Nr. 3 werden Ansprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 des Fünften Buches auf Versorgung mit Hilfsmitteln weder aufgehoben noch eingeschränkt.

(3) ¹Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder

1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder
 2. landesweite Personalrichtwerte
- zu vereinbaren. ²Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. ³Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. ⁴Die Personalrichtwerte nach Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens
1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegegrad (Personalanhaltszahlen), sowie
 2. im Bereich der Pflege, der Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

⁵Die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 2 Nummer 3 sind auch daraufhin auszurichten, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann. ⁶Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte auf Grundlage einer einrichtungsspezifischen Konzeption, mit denen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird.

(4) ¹Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die

Schiedsstelle nach § 76 festgesetzt. ²Satz 1 gilt auch für Verträge, mit denen bestehende Rahmenverträge geändert oder durch neue Verträge abgelöst werden sollen.

(5) ¹Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. ²Satz 1 gilt entsprechend für die von der Schiedsstelle nach Absatz 4 getroffenen Regelungen. ³Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(6) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. ²Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.

(7) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. ²Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt unmittelbar nach Aufhebung der gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 erlassenen Rechtsverordnung in Kraft und ist den im Land tätigen zugelassenen Pflegeeinrichtungen von den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich bekannt zu geben. ³Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

§ 76 Schiedsstelle

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land bilden gemeinsam für jedes Land eine Schiedsstelle. ²Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Angelegenheiten.

(2) ¹Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. ²Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie der überörtlichen oder, sofern Landesrecht dies bestimmt, ein örtlicher Träger der Sozialhilfe im Land an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden. ³Die Vertreter der Pflegekassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Pflegekassen, die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter von den Vereinigungen der Träger der Pflegedienste und Pflegeheime im Land bestellt; bei der Bestellung der Vertreter der Pflegeeinrichtungen ist die Trägervielfalt zu beachten. ⁴Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. ⁵Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch Los bestimmt. ⁶Soweit beteiligte Organisationen keinen Vertreter bestellen oder im Verfahren nach Satz 4 keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benennen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer der beteiligten Organisationen die Vertreter und benennt die Kandidaten.

(3) ¹Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. ²Sie sind an Weisungen nicht gebunden. ³Jedes Mitglied hat eine Stimme. ⁴Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. ⁵Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

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

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

(6) ¹Abweichend von § 85 Abs. 5 können die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 85 Abs. 2) gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson bestellen. ²Diese setzt spätestens bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach ihrer Bestellung die Pflegesätze und den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens fest. ³Gegen die Festsetzungsentscheidung kann ein Antrag auf gerichtliche Aufhebung nur gestellt werden, wenn die Festsetzung der öffentlichen Ordnung widerspricht. ⁴Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. ⁵§ 85 Abs. 6 gilt entsprechend.

Dritter Abschnitt. Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) ¹Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. ²In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. ³Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. ⁴In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. ⁵Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. ⁶Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

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

⁷In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. ⁸§ 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

§ 78 Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließt mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit

Pflegehilfsmitteln, soweit diese nicht nach den Vorschriften des Fünften Buches über die Hilfsmittel zu vergüten sind. ²Abweichend von Satz 1 können die Pflegekassen Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln schließen, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot verstärkt Rechnung zu tragen. ³Die §§ 36, 126 und 127 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. ²Darin sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. ³Pflegehilfsmittel, die für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind, sind gesondert auszuweisen. ⁴Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen fortzuschreiben. ⁵Unbeschadet der regelhaften Fortschreibung nach Satz 4 entscheidet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen. ⁶Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert und berät Hersteller auf deren Anfrage über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis; im Übrigen gilt § 139 Absatz 8 des Fünften Buches entsprechend. ⁷Die Beratung erstreckt sich insbesondere auch auf die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens des Pflegehilfsmittels. ⁸Im Übrigen gilt § 139 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass die Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ebenfalls anzuhören sind.

(2a) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt spätestens alle drei Jahre, erstmals bis zum 30. September 2021, Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gemäß § 40 Absatz 4 unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien, einschließlich des Verfahrens zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen. ²Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.

(3) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren untereinander oder mit geeigneten Pflegeeinrichtungen das Nähere zur Ausleihe der hierfür nach Absatz 2 Satz 4 geeigneten Pflegehilfsmittel einschließlich ihrer Beschaffung, Lagerung, Wartung und Kontrolle. ²Die Pflegebedürftigen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind von den Pflegekassen oder deren Verbänden in geeigneter Form über die Möglichkeit der Ausleihe zu unterrichten.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen; § 40 Abs. 5 bleibt unberührt.

§ 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen Vergütungsbetrag sowie technische und vertragliche Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a Absatz 4. ²Die Vereinbarungen gelten ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. ³Kommt innerhalb der Frist nach Satz 1

keine Einigung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 des Fünften Buches mit der Maßgabe, dass an die Stelle der zwei Vertreter der Krankenkassen zwei Vertreter der Pflegekassen und an die Stelle der zwei Vertreter der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zwei Vertreter der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen treten.⁴ An den Sitzungen der Schiedsstelle können anstelle der Vertreter der Patientenorganisationen nach § 140f des Fünften Buches Vertreter der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 beratend teilnehmen.⁵ Der Hersteller übermittelt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorbereitung der Verhandlungen unverzüglich

1. den Nachweis nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und
2. die Angaben zur Höhe des tatsächlichen Preises bei Abgabe an Selbstzahler und in anderen europäischen Ländern.

⁶Die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen kostenfreien und auf drei Monate beschränkten Zugang zu den digitalen Pflegeanwendungen zur Verfügung.

(2) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen trifft im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung über die Maßstäbe für die Vereinbarungen der Vergütungsbeträge sowie zu den Grundsätzen der technischen und vertraglichen Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen. ²Kommt innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 6 eine Rahmenvereinbarung nicht zustande, setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3 innerhalb von drei Monaten die Rahmenvereinbarung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie den in Satz 1 genannten Verbänden auf Antrag einer Vertragspartei und im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe fest.

(3) ¹Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein barrierefreies Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. ²§ 139e Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(4) ¹Die Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers einer digitalen Pflegeanwendung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ²Der Hersteller hat die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite bereitgestellten elektronischen Antragsformulare zu verwenden. ³Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Pflegeanwendung

1. die in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 geregelten Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität erfüllt,
2. die Anforderungen an den Datenschutz erfüllt und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und
3. im Sinne der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 einen pflegerischen Nutzen aufweist.

⁴Die Qualität einer digitalen Pflegeanwendung im Sinne des Satzes 3 Nummer 1 bemisst sich insbesondere nach folgenden Kriterien:

1. Barrierefreiheit,
2. altersgerechte Nutzbarkeit,
3. Robustheit,
4. Verbraucherschutz,
5. Qualität der pflegebezogenen Inhalte und

6. Unterstützung der Pflegebedürftigen, Angehörigen und zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen bei der Nutzung der digitalen Pflegeanwendung.

⁵Auch wenn die digitale Pflegeanwendung mehrfach zur Nutzung abgerufen wird oder eine andere Funktion beinhaltet, die nicht in das Verzeichnis nach Absatz 3 aufgenommen wurde, steht dem Hersteller für die digitale Pflegeanwendung kein höherer als der nach Absatz 1 vereinbarte Vergütungsbetrag zu. ⁶Eine Differenzierung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 nach Kostenträgern ist nicht zulässig.

⁷Die nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbeträge sind für den Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend.

(5) ¹Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid; in begründeten Einzelfällen kann die Frist um bis zu weitere drei Monate verlängert werden. ²Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, fordert ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf, den Antrag innerhalb von einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. ³Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor, ist der Antrag abzulehnen. ⁴Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Pflegeanwendung nach den §§ 40a und 40b zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht werden kann. ⁵Im Übrigen gilt § 139e Absatz 6 bis 8 des Fünften Buches entsprechend. ⁶In seiner Entscheidung stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte fest, welche ergänzenden Unterstützungsleistungen für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind, und informiert die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, zeitgleich mit der Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 hierüber. ⁷Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert unverzüglich den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über die Aufnahme einer digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3. ⁸Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert unverzüglich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte über den nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbetrag.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu

1. den Inhalten des Verzeichnisses, dessen Veröffentlichung, der Interoperabilität des elektronischen Verzeichnisses mit elektronischen Transparenzportalen Dritter und der Nutzung der Inhalte des Verzeichnisses durch Dritte,
2. den Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität, der Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit und dem pflegerischen Nutzen,
3. den anzeigepflichtigen Veränderungen der digitalen Pflegeanwendung einschließlich deren Dokumentation,
4. den Einzelheiten des Antrags- und Anzeigeverfahrens sowie des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte,
5. dem Schiedsverfahren nach Absatz 1 Satz 3, insbesondere der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, der Erstattung der baren Auslagen und der Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, dem Verfahren, dem Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit, sowie der Vertreter der Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen maßgeblich sind, an den Sitzungen der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3 sowie der Verteilung der Kosten,

6. den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten und Auslagen.

(7) ¹Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik legt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erstmals bis zum 31. Dezember 2021 und dann in der Regel jährlich die von digitalen Pflegeanwendungen nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 zu Gewährleistenden Anforderungen an die Datensicherheit fest. ²§ 139e Absatz 10 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(8) ¹Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erstmals bis zum 31. März 2022 und dann in der Regel jährlich die Prüfkriterien für die von Herstellern einer digitalen Pflegeanwendung nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 nachzuweisende Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz fest. ²§ 139e Absatz 11 Satz 2 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(9) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales dem Deutschen Bundestag jährlich, erstmals zum 1. April 2024, einen barrierefreien Bericht vor. ²Der Bericht enthält Informationen über die Inanspruchnahme der Leistungen nach den §§ 39a und 40a, insbesondere dazu, wie viele Pflegebedürftige der jeweiligen Pflegegrade Leistungen in Anspruch genommen haben und welche Mittel die Pflegekassen dafür verausgabt haben. ³Hinsichtlich der Leistungen der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, bezieht der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mit ein. ⁴Das Bundesministerium für Gesundheit kann weitere Inhalte des Berichts in der Verordnung nach Absatz 6 festlegen.

Vierter Abschnitt. Wirtschaftlichkeitsprüfungen

§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige prüfen lassen; vor Bestellung der Sachverständigen ist der Träger der Pflegeeinrichtung zu hören. ²Eine Prüfung ist nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. ³Die Anhaltspunkte sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. ⁴Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

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

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

(4) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. ²Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie
 2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).
- ³Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie die Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.

§§ 80, 80a (aufgehoben)

§ 81 Verfahrensregelungen

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52) erfüllen die ihnen nach dem Siebten und Achten Kapitel zugewiesenen Aufgaben gemeinsam. ²Kommt eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch die Mehrheit der in § 52 Abs. 1 Satz 1 genannten Stellen mit der Maßgabe, dass die Beschlüsse durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen und durch zwei Vertreter der Ersatzkassen sowie durch je einen Vertreter der weiteren Stellen gefasst werden.

(2) ¹Bei Entscheidungen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe oder den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe gemeinsam zu treffen sind, werden die Arbeitsgemeinschaften oder die überörtlichen Träger mit zwei Vertretern an der Beschlussfassung nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt. ²Kommt bei zwei Beschlussfassungen nacheinander eine Einigung mit den Vertretern der Träger der Sozialhilfe nicht zustande, kann jeder Beteiligte nach Satz 1 die Entscheidung des Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 76 verlangen. ³Sie entscheiden für alle Beteiligten verbindlich über die streitbefangenen Punkte unter Ausschluss des Rechtswegs. ⁴Die Kosten des Verfahrens nach Satz 2 und das Honorar des Vorsitzenden sind von allen Beteiligten anteilig zu tragen.

(3) ¹Bei Entscheidungen nach dem Siebten Kapitel, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Vertretern der Träger der Sozialhilfe gemeinsam zu treffen hat, stehen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in entsprechender Anwendung von Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 neun und den Vertretern der Träger der Sozialhilfe zwei Stimmen zu. ²Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass bei Nichteinigung ein Schiedsstellenvorsitzender zur Entscheidung von den Beteiligten einvernehmlich auszuwählen ist.

Achtes Kapitel. Pflegevergütung

Erster Abschnitt. Allgemeine Vorschriften

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

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

1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie
 2. bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.
- ²Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. ³Sie umfasst auch die Betreuung und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches besteht,

die medizinische Behandlungspflege. ⁴Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

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

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

(3) ¹Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. ²Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. ³Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen einschließlich der Berücksichtigung pauschalierter Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen sowie der zugrunde zu legenden Belegungsquote, wird durch Landesrecht bestimmt. ⁴Die Pauschalen müssen in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe der Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen stehen.

(4) ¹Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. ²Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(5) ¹Öffentliche Zuschüsse oder andere Unterstützungsmaßnahmen zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (Betriebskostenzuschüsse), die aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, sind von der Pflegevergütung und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung abzuziehen, um Doppelfinanzierungen auszuschließen. ²Bei deren prospektiven Bemessung und Vereinbarung sind Betriebskostenzuschüsse im Sinne des Satzes 1 zu berücksichtigen. ³Entsprechendes gilt für bereits vereinbarte Pflegevergütungen und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung für die Dauer der Bezuschussung; die Vertragsparteien haben dazu eine Ergänzungsvereinbarung abzuschließen. ⁴§ 115 Absatz 3 Satz 3 bis 6 findet entsprechend Anwendung. ⁵Die Pflegeeinrichtungen haben eine Pflegekasse als Partei der Pflegevergütungsvereinbarung unaufgefordert über Betriebskostenzuschüsse in Kenntnis zu setzen.

§ 82a Ausbildungsvergütung

(1) Die Ausbildungsvergütung im Sinne dieser Vorschrift umfasst die Vergütung, die aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen, entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen oder aufgrund vertraglicher Vereinbarungen an Personen, die [bis 31.12.2024: nach Bundesrecht in der Altenpflege oder] nach Landesrecht in

der Altenpflegehilfe ausgebildet werden, während der Dauer ihrer praktischen oder theoretischen Ausbildung zu zahlen ist [bis 31.12.2024: , sowie die nach § 17 Abs. 1a des Altenpflegegesetzes zu erstattenden Weiterbildungskosten].

(2) ¹Soweit eine nach diesem Gesetz zugelassene Pflegeeinrichtung [bis 31.12.2024: nach Bundesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder] nach Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe berechtigt oder verpflichtet ist, ist die Ausbildungsvergütung der Personen, die aufgrund eines entsprechenden Ausbildungsvertrages mit der Einrichtung oder ihrem Träger zum Zwecke der Ausbildung in der Einrichtung tätig sind, während der Dauer des Ausbildungsverhältnisses in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 1, § 89) berücksichtigungsfähig. ²Betreut die Einrichtung auch Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind, so ist in der Pflegevergütung nach Satz 1 nur der Anteil an der Gesamtsumme der Ausbildungsvergütungen berücksichtigungsfähig, der bei einer gleichmäßigen Verteilung der Gesamtsumme auf alle betreuten Personen auf die Pflegebedürftigen im Sinne dieses Buches entfällt. ³Soweit die Ausbildungsvergütung im Pflegesatz eines zugelassenen Pflegeheimes zu berücksichtigen ist, ist der Anteil, der auf die Pflegebedürftigen im Sinne dieses Buches entfällt, gleichmäßig auf alle pflegebedürftigen Heimbewohner zu verteilen. ⁴Satz 1 gilt nicht, soweit

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

⁵Die Ausbildungsvergütung ist in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert auszuweisen; die §§ 84 bis 86 und 89 gelten entsprechend.

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

1. Die Kosten der Ausbildungsvergütung werden nach einheitlichen Grundsätzen gleichmäßig auf alle zugelassenen ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen und die Altenheime im Land verteilt. 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. *[ab 1.1.2025: ; bei der Prüfung der Angemessenheit des Angebots an Ausbildungsplätzen ist zu berücksichtigen, dass eine abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b des Pflegeberufgesetzes den Zugang zur Ausbildung nach dem Pflegeberufgesetz ermöglicht und nach § 12 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes auch zu einer Anrechnung und Verkürzung der Ausbildung führen kann.]*
3. Aufwendungen für die Vorhaltung, Instandsetzung oder Instandhaltung von Ausbildungsstätten (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4), für deren laufende Betriebskosten (Personal- und Sachkosten) sowie für die Verwaltungskosten der nach Landesrecht für das Umlageverfahren zuständigen Stelle bleiben unberücksichtigt.

(4) ¹Die Höhe der Umlage nach Absatz 3 sowie ihre Berechnungsfaktoren sind von der dafür nach Landesrecht zuständigen Stelle den Landesverbänden der Pflegekassen rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mitzuteilen. ²Es genügt die Mitteilung an einen Landesverband; dieser leitet die Mitteilung unverzüglich an die übrigen Landesverbände und an die zuständigen Träger der Sozialhilfe weiter. ³Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den nach Satz 1 Beteiligten über die

ordnungsgemäße Bemessung und die Höhe des von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu zahlenden Anteils an der Umlage entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 unter Ausschluß des Rechtsweges. ⁴Die Entscheidung ist für alle Beteiligten nach Satz 1 sowie für die Parteien der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel verbindlich; § 85 Abs. 5 Satz 1 und 2, erster Halbsatz, sowie Abs. 6 gilt entsprechend.

§ 82b Ehrenamtliche Unterstützung

(1) ¹Soweit und solange einer nach diesem Gesetz zugelassenen Pflegeeinrichtung, insbesondere

1. für die vorbereitende und begleitende Schulung,
2. für die Planung und Organisation des Einsatzes oder
3. für den Ersatz des angemessenen Aufwands

der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen, für von der Pflegeversicherung versorgte Leistungsempfänger nicht anderweitig gedeckte Aufwendungen entstehen, sind diese bei stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1) und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen (§ 89) berücksichtigungsfähig. ²Die Aufwendungen können in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert ausgewiesen werden.

(2) ¹Stationäre Pflegeeinrichtungen können für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen. ²Absatz 1 gilt entsprechend.

§ 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

(1) Ab dem 1. September 2022 kann bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

(2) ¹Bei Pflegeeinrichtungen, die nicht unter Absatz 1 fallen, kann ab dem 1. September 2022 die Zahlung von Entlohnungsbestandteilen nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit diese insgesamt das regional übliche Entlohnungsniveau in der Region, in der die jeweilige Einrichtung betrieben wird, um nicht mehr als 10 Prozent übersteigt. ²Die Landesverbände der Pflegekassen ermitteln auf Grundlage der nach § 72 Absatz 3e Satz 1 mitgeteilten Angaben

1. das regional übliche Entlohnungsniveau,
2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus für die drei in Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen sowie
3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge.

³Das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Satz 2 Nummer 1 ist der Durchschnitt der Entlohnungsbestandteile nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5, die die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, in der jeweiligen Region nach den jeweils angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten. ⁴Die regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Satz 2 Nummer 2 sind der jeweilige Durchschnitt der Entlohnungsbestandteile nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5, die die in Satz 3 genannten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, getrennt nach den folgenden drei Qualifikationsgruppen nach den in der

jeweiligen Region angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten:

1. Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung,
2. Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens einjähriger Berufsausbildung,
3. Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung.

⁵Die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Satz 2 Nummer 3 sind jeweils der Durchschnitt der drei in § 72 Absatz 3b Satz 4 genannten pflegetypischen Zuschläge, die die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung erbringen, in der jeweiligen Region nach den jeweils angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten.

(2a) ¹Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, Nummer 2 oder Nummer 3 entlohnen, kann eine Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bis zur Höhe des Tarifvertrags nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. ²Ist für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, ein anderer Tarifvertrag oder eine andere kirchliche Arbeitsrechtsregelung vereinbarten Gehälter nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

³Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 entlohnen, gelten hinsichtlich der Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, die allgemeinen Bemessungsgrundsätze nach den §§ 84 und 89.

(2b) ¹Für Entgelte für Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringt, insbesondere für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden, gelten die Regelungen nach den Absätzen 1 und 2 für Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen mit direktem Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringen, entsprechend. ²Die Zahlung von Vermittlungsentgelten kann nicht als wirtschaftlich anerkannt werden.

(3) ¹Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 1 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. ²Soweit im Fall von Absatz 2 Satz 1 das regional übliche Entlohnungsniveau um mehr als 10 Prozent überstiegen wird, bedarf es eines sachlichen Grundes. ³Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 2a hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 2 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Entsprechendes gilt für die Zahlung von Entgelten für Personal im Sinne von Absatz 2b Satz 1. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsge-

meinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu sachlichen Gründen nach Satz 4 ab. ⁵§ 113c Absatz 4 Satz 2 bis 8 gelten entsprechend.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum Ablauf des 30. September 2021 in Richtlinien das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 und 5 fest. ²Er hat dabei die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. ³Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. ⁴§ 72 Absatz 3c Satz 6 und 7 gilt entsprechend.

(5) ¹Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene jährlich unverzüglich, jedoch spätestens bis zum 31. Oktober des Jahres, für das jeweilige Land

1. eine Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die eine Entlohnung vorsehen, die nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann,
2. alle weiteren Informationen, die erforderlich sind, um überprüfen zu können,
 - a) ob eine Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b erfüllt und
 - b) ob bei einer Pflegeeinrichtung die Entlohnung nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

²Die Liste und die Informationen sind einmal monatlich zu aktualisieren. ³Zu jedem in der Liste genannten Tarifvertrag und zu jeder der in der Liste genannten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sind, soweit diese Angaben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen vorliegen, mindestens folgende Angaben zu veröffentlichen:

1. Laufzeit des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder Datum, zu dem frühestens eine Kündigung erfolgen kann,
2. Angabe, ob eine Kündigung oder anderweitige Beendigung des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erfolgt ist,
3. Angabe, zu welchem Zeitpunkt die Kündigung oder anderweitige Beendigung wirksam wird,
4. Angabe, ob eine Änderung der Entlohnung nach § 72 Absatz 3b Satz 2 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, erfolgt ist und wenn ja, zu welchem Datum diese wirksam wird.

⁴Zu den erforderlichen Informationen nach Satz 1 Nummer 2 gehören insbesondere auch

1. das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,
2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie
3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3.

⁵Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die nach § 72 Absatz 3e Satz 2 und 3 übermittelten Fassungen der Tarifverträge und der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht zwingende betriebliche Gründe dagegensprechen.

(6) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet bis zum 31. Dezember 2022 eine Geschäftsstelle ein. ²Jeder Landesverband der Pflegekassen kann die Geschäftsstelle beauftragen, ihn bei der Erfüllung der folgenden Aufgaben zu unterstützen oder die folgenden Aufgaben in seinem Auftrag für ihn durchzuführen:

1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung der nach § 72 Absatz 3e mitgeteilten Angaben oder Änderungen sowie der übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen,

2. Zurverfügungstellung der übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach Absatz 5 Satz 5,
3. Ermittlung
 - a) des regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,
 - b) der regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie
 - c) der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3,
4. Zusammenstellung der nach Absatz 5 zu veröffentlichenden Listen und Informationen sowie Veröffentlichung dieser Listen und Informationen.

³Darüber hinaus soll die Geschäftsstelle die Landesverbände der Pflegekassen zu den in Satz 2 genannten Aufgaben fachlich beraten. ⁴Soweit ein Landesverband der Pflegekassen die Geschäftsstelle mit der Unterstützung bei den oder der Durchführung von den in Satz 2 genannten Aufgaben beauftragt, stellt er der Geschäftsstelle die hierfür erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Verfügung, soweit die Erhebung dieser Informationen und Unterlagen nicht bereits Teil der Beauftragung der Geschäftsstelle ist. ⁵Die Pflegekassen sowie die Landesverbände der Pflegekassen berichten auf begründete Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Wirkungen der Regelungen der Absätze 1 bis 3 sowie des § 72 Absatz 3a bis 3e. ⁶Soweit ein Landesverband der Pflegekassen die Geschäftsstelle im Sinne von Satz 2 beauftragt hat, obliegt die Berichterstattung der Geschäftsstelle. ⁷Für die Berichterstattung nach den Sätzen 5 und 6 haben die Landesverbände der Pflegekassen oder die Geschäftsstelle auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit die von den Pflegekassen und Landesverbänden der Pflegekassen erhobenen oder erhaltenen nicht personenbezogenen Daten aufzubereiten und auszuwerten. ⁸Für die Evaluation nach § 72 Absatz 3f gelten die Sätze 5 bis 7 entsprechend. ⁹Soweit es erforderlich ist, können auch Informationen angefordert werden, die Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse enthalten. ¹⁰Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt mit der Anforderung die Art, den Umfang und die Art der Aufbereitung und Auswertung der angeforderten Informationen.

§ 83 Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung

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

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

²§ 90 bleibt unberührt.

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

Zweiter Abschnitt. Vergütung der stationären Pflegeleistungen

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(1) ¹Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die Betreuung und, soweit kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege. ²In den Pflegesätzen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.

(2) ¹Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. ²Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. ³Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeiträge. ⁴Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. ⁵Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. ⁶Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. ⁷Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden.

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

(4) ¹Mit den Pflegesätzen sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (Allgemeine Pflegeleistungen) abgegolten. ²Für die allgemeinen Pflegeleistungen dürfen, soweit nichts anderes bestimmt ist, ausschließlich die nach § 85 oder § 86 vereinbarten oder nach § 85 Abs. 5 festgesetzten Pflegesätze berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zu ihrer Zahlung verpflichtet ist.

(5) ¹In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen. ²Hierzu gehören insbesondere

1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden,
2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie
3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1).

(6) ¹Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. ²Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen,

dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird.³Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird.⁴Das Nähere zur Durchführung des Personalabgleichs wird in den Verträgen nach § 75 Abs. 1 und 2 geregelt.

(7) ¹Der Träger der Einrichtung ist ab dem 1. September 2022 verpflichtet, die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2a und der Entlohnung nach § 82c Absatz 2 jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. ²Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien bis zum 1. Juli 2022 das Nähere zur Durchführung des Nachweises nach Satz 1 fest. ⁴Dabei ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁵§ 72 Absatz 3c Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(7a) (aufgehoben)

(8) ¹Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. ²Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. ³Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. ⁴Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

[Fassung Abs. 9 bis 31.12.2025:]

(9) ¹Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen. ²Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. ³Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

[Fassung Abs. 9 ab 1.1.2026:]

(9) (aufgehoben)

§ 85 Pflegesatzverfahren

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

(2) ¹Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Träger des einzelnen zugelassenen Pflegeheimes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
 2. die für die Bewohner des Pflegeheimes zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie
 3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,
- soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen. ²Die Pflegesatzvereinbarung ist für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen; § 86 Abs. 2 bleibt unberührt. ³Die Vereinigungen der Pflegeheime im Land, die Landesverbände der Pflegekassen sowie

der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Land können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.

(3) ¹Die Pflegesatzvereinbarung ist im voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheimes, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. ²Das Pflegeheim hat Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beizufügen. ³Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. ⁴Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluß entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung. ⁵Dabei sind insbesondere die in der Pflegesatzverhandlung geltend gemachten, voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum vorzuweisen. ⁶Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

(4) ¹Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. ²Sie ist schriftlich abzuschließen. ³Soweit Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlußvollmacht vorzulegen.

(5) ¹Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten, fest. ²Satz 1 gilt auch, soweit der nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zuständige Träger der Sozialhilfe der Pflegesatzvereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß widerspricht; der Träger der Sozialhilfe kann im voraus verlangen, daß an Stelle der gesamten Schiedsstelle nur der Vorsitzende und die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder oder nur der Vorsitzende allein entscheiden. ³Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. ⁴Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(6) ¹Pflegesatzvereinbarungen sowie Schiedsstellenentscheidungen nach Absatz 5 Satz 1 oder 2 treten zu dem darin unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner bestimmten Zeitpunkt in Kraft; sie sind für das Pflegeheim sowie für die in dem Heim versorgten Pflegebedürftigen und deren Kostenträger unmittelbar verbindlich. ²Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig. ³Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter.

(7) ¹Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. ²Unvorhersehbare wesentliche Veränderungen der Annahmen im Sinne des Satzes 1 liegen insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur sowie bei einer erheblichen Änderung der Energieaufwendungen vor. ³Die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend. ⁴Abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schieds-

stelle bereits nach einem Monat beantragt werden, die binnen eines Monats erfolgen soll.

(8) ¹Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

²Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. ³Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

[Fassung Abs. 9 bis 31.12.2025:]

(9) ¹Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt,
 - a) das über eine abgeschlossene, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr verfügt, oder
 - b) das berufsbegleitend eine Ausbildung im Sinne von Buchstabe a begonnen hat oder
 - c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege beginnen wird, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.2.2016 B3) erfüllt, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,
2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalenten, für den Pflegesatzzeitraum finanziert werden,
3. notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine Ausbildung im Sinne von Nummer 1 Buchstabe b oder c durchläuft, finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden,
4. die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und

5. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht.

²Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. ³Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

[Fassung Abs. 9 ab 1.1.2026:]

(9) (aufgehoben)

[Fassung Abs. 10 bis 31.12.2025:]

(10) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 30. Juni 2021 und anschließend vierteljährlich über die Zahl des durch den Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanzierten Pflegehilfskraftpersonals, die Personalstruktur, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Vereinbarungsverfahren nach Absatz 9 in Verbindung mit § 84 Absatz 9, für die notwendigen Ausbildungsaufwendungen nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 sowie für seinen Bericht nach Satz 1 fest. ³Die Festlegungen nach Satz 2 bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

[Fassung Abs. 10 ab 1.1.2026:]

(10) (aufgehoben)

[Fassung Abs. 11 bis 31.12.2025:]

(11) ¹Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung kann bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 Satz 1 einen Vergütungszuschlag für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 Satz 2 berechnen, wenn er vor Beginn der Leistungserbringung durch das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal den nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern den von ihm entsprechend Absatz 9 ermittelten Vergütungszuschlag zusammen mit folgenden Angaben mitteilt:

1. die Anzahl der zum Zeitpunkt der Mitteilung versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden,
2. die zusätzlichen Stellenanteile, die entsprechend Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 auf der Grundlage der versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden nach Nummer 1 berechnet werden,
3. die Qualifikation, die Entlohnung und die weiteren Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal,
4. die mit einer berufsbegleitenden Ausbildung nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b und c verbundenen notwendigen, nicht anderweitig finanzierten Aufwendungen und
5. die Erklärung, dass das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal über das Personal hinausgeht, das die vollstationäre Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat.

²Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein einheitliches Formular zu verwenden, das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bereitstellt. ³Die

nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträger können die nach Satz 1 mitgeteilten Angaben beanstanden. ⁴Über diese Beanstandungen befinden die Vertragsparteien nach Absatz 2 unverzüglich mit Mehrheit. ⁵Die mit dem Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von dem Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen.

[Fassung Abs. 11 ab 1.1.2026:]

(11) (aufgehoben)

§ 86 Pflegesatzkommission

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

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

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

§ 87 Unterkunft und Verpflegung

¹Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 85 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheimes die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils getrennt. ²Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. ³§ 84 Abs. 3 und 4 und die §§ 85 und 86 gelten entsprechend; § 88 bleibt unberührt.

§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

(1) ¹Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). ²Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. ³Zieht ein Pflegebedürftiger in ein anderes Heim um, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen. ⁴Von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflegeheim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig. ⁵Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom

Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. ⁶Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. ⁷In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen.

(2) ¹Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustands einem höheren Pflegegrad zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad zu beantragen. ²Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Träger der Sozialhilfe zuzuleiten. ³Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflege Satz nach dem nächsthöheren Pflegegrad berechnen. ⁴Werden die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat das Pflegeheim dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab dem in Satz 3 genannten Zeitpunkt mit wenigstens 5 vom Hundert zu verzinsen.

(3) ¹Die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41 bis 43 zustehenden Leistungsbeträge einschließlich des Leistungszuschlags nach § 43c sind von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen. ²Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrags ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. ³Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden bei vollstationärer Pflege (§ 43) zum 15. eines jeden Monats fällig.

(4) ¹Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 2 952 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist. ²Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst. ³Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 eingestuft wird.

§ 87b (aufgehoben)

§ 88 Zusatzleistungen

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

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

vereinbaren (Zusatzleistungen). ²Der Inhalt der notwendigen Leistungen und deren Abgrenzung von den Zusatzleistungen werden in den Rahmenverträgen nach § 75 festgelegt.

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

§ 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege

(1) ¹Zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege sind Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 zur Kurzzeitpflege bis zum 20. April 2022 abzugeben. ²Die Empfehlungen berücksichtigen insbesondere die verschiedenen Arten und Formen sowie die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege. ³Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege zu überprüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen. ⁴Bis zur Entscheidung über eine Anpassung der Rahmenverträge nach Satz 3 sind die Empfehlungen nach Satz 1 für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) ¹Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. ²Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. ³Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

Dritter Abschnitt. Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) ¹Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. ²Sie muß leistungsgerecht sein. ³Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. ⁴Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(2) ¹Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind die Träger des Pflegedienstes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
2. die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie
3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als 5 vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. ²Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird.

(3) ¹Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. ²Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. ³Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen; die in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 können berücksichtigt werden. ⁴§ 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. ²Die Vergütung muß leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. ³§ 82 Abs. 2 gilt entsprechend. ⁴In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) ¹Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. ²Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

Vierter Abschnitt. Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich

§ 91 Kostenerstattung

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

(2) ¹Den Pflegebedürftigen werden die ihnen von den Einrichtungen nach Absatz 1 berechneten Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen erstattet. ²Die Erstattung darf jedoch 80 vom Hundert des Betrages nicht überschreiten, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels zu leisten hat. ³Eine weitergehende Kostenerstattung durch einen Träger der Sozialhilfe ist unzulässig.

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

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

§ 92 (aufgehoben)

§ 92a Pflegeheimvergleich

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

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

zu unterstützen. ²Die Pflegeheime sind länderbezogen, Einrichtung für Einrichtung, insbesondere hinsichtlich ihrer Leistungs- und Belegungsstrukturen, ihrer Pflegesätze und Entgelte sowie ihrer gesondert berechenbaren Investitionskosten miteinander zu vergleichen.

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

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

(3) ¹Zur Ermittlung der Vergleichsdaten ist vorrangig auf die verfügbaren Daten aus den Versorgungsverträgen sowie den Pflegesatz- und Entgeltvereinbarungen über 1. die Versorgungsstrukturen einschließlich der personellen und sächlichen Ausstattung,

2. die Leistungen, Pflegesätze und sonstigen Entgelte der Pflegeheime und auf die Daten aus den Vereinbarungen über Zusatzleistungen zurückzugreifen.

²Soweit dies für die Zwecke des Pflegeheimvergleichs erforderlich ist, haben die Pflegeheime der mit der Durchführung des Pflegeheimvergleichs beauftragten Stelle auf Verlangen zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, insbesondere auch über die von ihnen gesondert berechneten Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4).

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

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

4. dem Medizinischen Dienst,
 5. dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Land sowie
 6. den nach Landesrecht zuständigen Trägern der Sozialhilfe
 zugänglich gemacht werden. ²Die Beteiligten nach Satz 1 sind befugt, die Vergleichsdaten ihren Verbänden oder Vereinigungen auf Bundesebene zu übermitteln; die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, die für Prüfzwecke erforderlichen Vergleichsdaten den von ihnen zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen zugänglich zu machen.

(5) ¹Vor Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeheime auf Bundesebene anzuhören. ²Im Rahmen der Anhörung können diese auch Vorschläge für eine Rechtsverordnung nach Absatz 1 oder für einzelne Regelungen einer solchen Rechtsverordnung vorlegen.

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

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

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

Fünfter Abschnitt. Integrierte Versorgung

§ 92b Integrierte Versorgung

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

(2) ¹In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen der integrierten Versorgung sowie deren Vergütung zu regeln. ²Diese Verträge können von den Vorschriften der §§ 75, 85 und 89 abweichende Regelungen treffen, wenn sie dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entsprechen, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen verbessern oder aus sonstigen Gründen zur Durchführung der integrierten Versorgung erforderlich sind. ³In den Pflegevergütungen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen. ⁴Soweit Pflegeeinrichtungen durch die integrierte Versorgung Mehraufwendungen für Pflegeleistungen entstehen, vereinbaren die Beteiligten leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegevergütungen (§§ 85 und 89). ⁵§ 140a Absatz 2 Satz 1 bis 3 des Fünften Buches gilt für Leistungsansprüche der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse entsprechend.

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

Sechster Abschnitt. (aufgehoben)

§§ 92e–92f (aufgehoben)

Neuntes Kapitel. Datenschutz und Statistik

Erster Abschnitt. Informationsgrundlagen

Erster Titel. Grundsätze der Datenverarbeitung

§ 93 Anzuwendende Vorschriften

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

§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

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

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

(2) ¹Die nach Absatz 1 erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. ²Auf Ersuchen des Betreuungsgerichts hat die Pflegekasse diesem zu dem in § 282 Abs. 1 des Gesetzes

über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit genannten Zweck das nach den §§ 18 bis 18c zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellte Gutachten einschließlich der Befunde des Medizinischen Dienstes zu übermitteln.

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

§ 95 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen

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

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

erforderlich sind.

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

§ 96 Gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten

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

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

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

§ 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst

(1) ¹Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18 bis 18c, 38a, 40, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 erforderlich ist. ²Nach Satz 1 erhobene Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

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

(3) ¹Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. ²§ 96 Abs. 2, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 gelten für den Medizinischen Dienst

entsprechend. ³Der Medizinische Dienst hat Sozialdaten zur Identifikation des Versicherten getrennt von den medizinischen Sozialdaten des Versicherten zu speichern. ⁴Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. ⁵Der Schlüssel für die Zusammenführung der Daten ist vom Beauftragten für den Datenschutz des Medizinischen Dienstes aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. ⁶Jede Zusammenführung ist zu protokollieren.

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

§ 97a Qualitätssicherung durch Sachverständige

(1) ¹Von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte sonstige Sachverständige (§ 114 Abs. 1 Satz 1) sind berechtigt, für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung Daten nach den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 zu verarbeiten; sie dürfen die Daten an die Pflegekassen und deren Verbände sowie an die in den §§ 112, 114, 114a, 115 und 117 genannten Stellen übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung dieser Stellen erforderlich ist. ²Die Daten sind vertraulich zu behandeln.

(2) § 107 gilt entsprechend.

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

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

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

¹Bei Wahrnehmung der Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung im Sinne dieses Buches durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. gilt der Prüfdienst als Stelle im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 1 des Ersten Buches. ²Die §§ 97 und 97a gelten entsprechend.

§ 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter

(1) ¹Von den Pflegekassen gemäß § 18 Absatz 1 Satz 1 beauftragte unabhängige Gutachter sind berechtigt, personenbezogene Daten des Antragstellers zu verarbeiten, soweit dies für die Zwecke der Begutachtung gemäß der §§ 18 bis 18c erforderlich ist. ²Die Daten sind vertraulich zu behandeln. ³Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Gutachter von den Pflegekassen nach § 18 Absatz 1 Satz 1 erteilten Auftrags benötigen.

(2) ¹Die unabhängigen Gutachter dürfen das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß den §§ 18 bis 18c an die sie beauftragende Pflegekasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekasse erforderlich ist; § 35

des Ersten Buches gilt entsprechend. ²Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nur den Personen zugänglich gemacht werden, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

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

§ 98 Forschungsvorhaben

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

(2) Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

Zweiter Titel. Informationsgrundlagen der Pflegekassen

§ 99 Versichertenverzeichnis

¹Die Pflegekasse hat ein Versichertenverzeichnis zu führen. ²Sie hat in das Versichertenverzeichnis alle Angaben einzutragen, die zur Feststellung der Versicherungspflicht oder -berechtigung und des Anspruchs auf Familienversicherung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs erforderlich sind.

§ 100 Nachweispflicht bei Familienversicherung

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

§ 101 Pflegeversichertennummer

¹Die Pflegekasse verwendet für jeden Versicherten eine Versichertennummer, die mit der Krankenversichertennummer ganz oder teilweise übereinstimmen darf. ²Bei der Vergabe der Nummer für Versicherte nach § 25 ist sicherzustellen, daß der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann.

§ 102 Angaben über Leistungsvoraussetzungen

¹Die Pflegekasse hat Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, zu speichern. ²Hierzu gehören insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen und zur Leistung von Zuschüssen.

§ 103 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

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

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

Zweiter Abschnitt. Übermittlung von Leistungsdaten, Nutzung der Telematikinfrastruktur

§ 104 Pflichten der Leistungserbringer

- (1) Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet:
1. im Falle der Überprüfung der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln (§ 40 Abs. 1),
 2. im Falle eines Prüfverfahrens, soweit die Wirtschaftlichkeit oder die Qualität der Leistungen im Einzelfall zu beurteilen sind (§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),
 - 2a. im Falle des Abschlusses und der Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),
 3. im Falle der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105) die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände erforderlichen Angaben zu speichern und den Pflegekassen sowie den Verbänden oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.
- (2) Soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 2 und 2a genannten Zwecke erforderlich ist, sind die Leistungserbringer berechtigt, die personenbezogenen Daten auch an die Medizinischen Dienste und die in den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 genannten Stellen zu übermitteln.
- (3) Trägervereinigungen dürfen die ihnen nach Absatz 2 oder § 115 Absatz 1 Satz 2 übermittelten personenbezogenen Daten verarbeiten, soweit dies für ihre Beteiligung an Qualitätsprüfungen oder Maßnahmen der Qualitätssicherung nach diesem Buch erforderlich ist.

§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen

- (1) ¹Die an der Pflegeversorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet,
1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen,
 2. in den Abrechnungsunterlagen ihr Kennzeichen (§ 103), spätestens ab dem 1. Januar 2023 die Beschäftigtennummer nach § 293 Absatz 8 Satz 2 des Fünften Buches der Person, die die Leistung erbracht hat, sowie die Versichertennummer des Pflegebedürftigen anzugeben,
 3. bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 78 zu verwenden.
- ²Vom 1. Januar 1996 an sind maschinenlesbare Abrechnungsunterlagen zu verwenden.
- (2) ¹Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenträgeraustausches werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegt. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Verbände der Leistungserbringer legen bis zum 1. Januar 2018 die Einzelheiten für eine elektronische Datenübertragung aller Angaben und Nachweise fest, die für die Abrechnung pflegerischer Leistungen in der Form elektronischer Dokumente erforderlich sind. ³Kommt eine Festlegung nach Satz 1 oder Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt für Abrechnungen von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36

sowie von häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches durch die Schiedsstelle nach § 132a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches auf Antrag des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen oder der Verbände der Leistungserbringer bestimmt. ⁴Die Schiedsstelle kann auch vom Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden. ⁵Sie bestimmt den Inhalt der Festlegung innerhalb von drei Monaten ab der Anrufung. ⁶Die Regelungen der Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 6 des Fünften Buches sind bei der Bestimmung durch die Schiedsstelle zu berücksichtigen. ⁷Für die elektronische Datenübertragung elektronischer Dokumente ist neben der qualifizierten elektronischen Signatur auch ein anderes sicheres Verfahren vorzusehen, das den Absender der Daten authentifiziert und die Integrität des elektronisch übermittelten Datensatzes gewährleistet. ⁸Zur Authentifizierung des Absenders der Daten können auch der elektronische Heilberufs- oder Berufsausweis nach § 339 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches, die elektronische Gesundheitskarte nach § 291 des Fünften Buches sowie der elektronische Identitätsnachweis des Personalausweises genutzt werden; die zur Authentifizierung des Absenders der Daten erforderlichen Daten dürfen zusammen mit den übrigen übermittelten Daten gespeichert und verwendet werden. ⁹§ 302 Absatz 2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

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

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

²Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nach Ablauf von drei Monaten, nachdem der Leistungserbringer die für die elektronische Übermittlung von Abrechnungsunterlagen erforderlichen Angaben an die Pflegekasse übermittelt hat.

§ 106 Abweichende Vereinbarungen

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

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,
2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen

wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekassen nicht gefährdet werden.

§ 106a Mitteilungspflichten

¹Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln. ²Das Formular nach § 37 Abs. 4 Satz 2 wird unter Beteiligung des Bundesbeauftragten

für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt. ³Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.

§ 106b Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur

(1) Zum Ausgleich

1. der erforderlichen Ausstattungskosten aufgrund von Anforderungen an die Ausstattung nach dem Fünften Buch, die in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur entstehen, und
2. der erforderlichen Betriebskosten, die im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen,
erhalten nach § 72 zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in entsprechender Anwendung der Finanzierungsregelungen für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die sich aus § 378 Absatz 2 des Fünften Buches ergebenden Erstattungen nach Maßgabe des Absatzes 2 in Form einer monatlichen Pauschale (TI-Pauschale) aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

(2) ¹Näheres zum Ausgleich nach Absatz 1, dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie der Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an den Kosten, legen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in einer Finanzierungsvereinbarung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fest. ²Grundlage dieser Finanzierungsvereinbarung sind die nach § 378 Absatz 2 des Fünften Buches vereinbarten Bundesmantelverträge. ³Ein abweichender Erstattungsbedarf der Pflegeeinrichtungen gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern aufgrund ihrer Besonderheiten, insbesondere bezogen auf Größe und Beschäftigtenanzahl, ist dabei zu berücksichtigen. ⁴Zudem sind Übergangsregelungen festzulegen, um die Erstattungsmodalitäten beim Übergang von den bisher geltenden auf die neuen Erstattungsregelungen zu bestimmen. ⁵Die Finanzierungsvereinbarung muss spätestens zwei Monate nach Anpassung der Bundesmantelverträge vorliegen.

(3) ¹Die durch die Erstattung nach Absatz 1 entstehenden Kosten, soweit die ambulanten Pflegeeinrichtungen betroffen sind, tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung in dem Verhältnis, das der Relation zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. ²Bei den in § 39a Absatz 1 des Fünften Buches genannten stationären Hospizen, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht, tragen die gesetzlichen Krankenkassen 80 Prozent der nach Absatz 1 entstehenden Erstattungen. ³Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach den Sätzen 1 und 2 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. ⁴Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 1 ergeben. ⁵Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der Privaten Kranken-

versicherung e.V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.⁶ Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bestimmen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung.

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

(5) ¹Die Vereinbarungspartner nach Absatz 2 verhandeln die Höhe der TI-Pauschale im Abstand von jeweils zwei Jahren, orientieren sich dabei an den Anpassungen der Bundesmantelverträge nach § 378 Absatz 2 des Fünften Buches und schließen erforderlichenfalls eine neue Vereinbarung nach Absatz 2. ²Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt die jeweils bestehende Vereinbarung nach Absatz 2 fort.

§ 106c Einbindung der Medizinischen Dienste in die Telematikinfrastruktur

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

Dritter Abschnitt. Datenlöschung, Auskunftspflicht

§ 107 Löschen von Daten

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

1. die Daten nach § 102 spätestens nach Ablauf von zehn Jahren,
2. sonstige Daten aus der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105), aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79), aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117) und aus dem Abschluss oder der Durchführung von Verträgen (§§ 72 bis 74, 85, 86 oder 89) spätestens nach zwei Jahren zu löschen sind. ²Die Fristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. ³Die Pflegekassen können für Zwecke der Pflegeversicherung Leistungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, daß ein Bezug zu natürlichen Personen nicht mehr herstellbar ist.

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

§ 108 Auskünfte an Versicherte

(1) ¹Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten, indem sie den Versicherten auf Anforderung

1. eine Übersicht über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor der Anforderung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermitteln; auf Wunsch der Versicherten wird ihnen eine Übersicht über die von ihnen

- in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten bis auf Widerruf regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr übermittelt;
2. Auskünfte darüber geben, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende in Bezug auf die Versicherten zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten verständlicher Form aufzubereiten;
 3. eine Durchschrift der von Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen übermitteln; sind die Abrechnungen in einer Form bei der Pflegekasse eingereicht worden, von der eine Durchschrift nicht gefertigt werden kann, sind die Abrechnungsinhalte in einer Form aufzubereiten und an die Versicherten zu übermitteln, die inhaltlich einer Durchschrift von Abrechnungsunterlagen entspricht; erforderlichenfalls sind dazu Erläuterungen zur Verfügung zu stellen, die die Abrechnungsinhalte für die Versicherten nachvollziehbar und verständlich machen.

²Die Übermittlung aller nach diesem Absatz bereitgestellten Informationen hat in einer für die Versicherten wahrnehmbaren Form zu erfolgen; die geltenden Anforderungen an den Datenschutz sind dabei zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zu gewährleisten. ³Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten nach diesem Absatz ist nicht zulässig. ⁴Die Pflegekassen können in ihren Satzungen das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln.

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

Vierter Abschnitt. Statistik

§ 109 Pflegestatistiken

(1) ¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege als Bundesstatistik anzuordnen. ²Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

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

³Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Träger der Pflegeversicherung sowie die privaten Versicherungsunternehmen gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; die Rechtsverordnung kann Ausnahmen von der Auskunftspflicht vorsehen.

(2) ¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über die Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden als Bundesstatistik anzuordnen. ²Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

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

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

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

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

(5) Die Statistiken nach den Absätzen 1 und 2 sind für die Bereiche der ambulanten Pflege und der Kurzzeitpflege erstmals im Jahr 1996 für das Jahr 1995 vorzulegen, für den Bereich der stationären Pflege im Jahr 1998 für das Jahr 1997.

Zehntes Kapitel. Private Pflegeversicherung

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

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

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

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

vorzusehen.

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

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

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung

- verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.
- (4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.
- (5) ¹Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. ²Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. ³§ 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

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

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

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

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

²Für die Ermittlung der Minderausgaben nach Satz 1 Nummer 2 ist ein Vergleich mit den Ausgaben im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung im entsprechenden Zeitraum des Jahres 2019 zugrunde zu legen. ³Alterungsrückstellungen sind für den Zuschlag nicht zu bilden.

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

(4) ¹Die Erhebung des Zuschlags nach den Absätzen 1 bis 3 bedarf der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders. ²§ 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist entsprechend anzuwenden.

(5) ¹Dem Versicherungsnehmer ist die Höhe des Zuschlags nach Absatz 1 unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe und auf dessen Befristung in Textform mitzuteilen. ²Der Zuschlag wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung nach Satz 1 folgt. ³§ 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt entsprechend.

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

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

§ 111 Risikoausgleich

(1) ¹Die Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne dieses Buches betreiben, müssen sich zur dauerhaften Gewährleistung der Regelung

gen für die private Pflegeversicherung nach § 110 sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach den §§ 45c, 45d und 123 und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2 und § 125b Absatz 2 Satz 2 am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören.²Das Ausgleichssystem muß einen dauerhaften, wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten; es darf den Marktzugang neuer Anbieter der privaten Pflegeversicherung nicht erschweren und muß diesen eine Beteiligung an dem Ausgleichssystem zu gleichen Bedingungen ermöglichen.³In diesem System werden die Beiträge ohne die Kosten auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen, die eine private Pflegeversicherung betreiben, ermittelt.

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

Elftes Kapitel. Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen

§ 112 Qualitätsverantwortung

(1)¹Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich.²Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5).

(2)¹Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen und bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken.²Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

(3)¹Der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. beraten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.²Die Träger der Prüfinstitutionen sind verpflichtet, durch geeignete organisatorische und technische Maßnahmen sicherzustellen, dass auch in Krisensituationen eine qualifizierte Beratung erfolgen kann.³Sie haben diese Maßnahmen im Internet bekannt zu machen.

§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

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

(2)¹Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes

der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. ²Dabei sind die in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben zu beachten. ³Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Betreuungsaufgaben können die nach den Richtlinien erforderlichen Qualifikationen auch berufsbegleitend erwerben. ⁴Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses mit.

(3) ¹Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses zu beteiligen. ²Ihnen ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung und unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ³Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Inhalt der Richtlinien einzubeziehen.

(4) ¹Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. ²Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

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

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

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst. ²In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. ³Die Anforderungen sind so zu gestalten, dass die Pflegedokumentation in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann. ⁴Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen. ⁵In den Vereinbarungen ist zu regeln, welche Fort- und Weiterbildungen ganz oder teilweise in digitaler Form durchgeführt werden können; geeignete Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen sind

durch die Pflegekassen anzuerkennen. ⁶Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen. ⁷Sie sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. ⁸Soweit sich in den Pflegeeinrichtungen zeitliche Einsparungen ergeben, ist das Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation auf Grundlage des pflegefachlichen Fortschritts durch neue, den Anforderungen nach Satz 4 entsprechende Pflegedokumentationsmodelle sind, führen diese nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen. ⁹Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. ¹⁰Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(1a) ¹In den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben. ²Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten festzulegen. ³Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten, insbesondere sind personenbezogene Daten von Versicherten vor der Übermittlung an die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b zu pseudonymisieren. ⁴Eine Wiederherstellung des Personenbezugs durch die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b ist ausgeschlossen. ⁵Ein Datenschutzkonzept ist mit den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden abzustimmen. ⁶Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit beschließen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 unverzüglich die Vergabe der Aufträge nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2.

(1b) ¹Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, die entsprechend den Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten zusammenzuführen sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a auszuwerten. ²Zum Zweck der Prüfung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach den §§ 114 und 114a sowie zum Zweck der Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a übermittelt die beauftragte Institution die Ergebnisse der nach Absatz 1a ausgewerteten Daten an die Landesverbände der Pflegekassen und die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständigen; diese dürfen die übermittelten Daten zu den genannten Zwecken verarbeiten. ³Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren diesbezüglich entsprechende Verfahren zur Übermittlung der Daten. ⁴Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten. ⁵Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitung ihrer Aufgaben zu geben. ⁶Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Januar 2018 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. ⁷§ 113b Absatz 8 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(2) ¹Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. ²Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. ³Die am 1. Januar 2016 bestehenden Maßstäbe

und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege gelten bis zum Abschluss der Vereinbarungen nach Absatz 1 fort.

§ 113a (aufgehoben)

§ 113b Qualitätsausschuss

(1) ¹Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. ²Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und erlassen die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5, den §§ 113, 115 Absatz 1a, 1c und 3b sowie § 115a Absatz 1 und 2 durch diesen Qualitätsausschuss. ³Die Vertragsparteien nach § 113 treffen auch die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten nach den Absätzen 4 und 8 sowie nach § 8 Absatz 5 Satz 2 notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss.

(2) ¹Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens elf Mitglieder entsenden. ²Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. ³Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ⁴Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. ⁵Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; die Entscheidung hierüber obliegt den Verbänden der Pflegeberufe. ⁶Sofern die Verbände der Pflegeberufe ein Mitglied entsenden, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. ⁷Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. ⁸Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. ⁹Der Medizinische Dienst Bund wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. ¹⁰Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 mit.

(3) ¹Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung, ein Beschluss oder eine Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 und 3 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). ²Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. ³Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. ⁴Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt.

⁵Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden.

⁶Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. ⁷Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. ⁸Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung, Beschlussfassung oder Entscheidung im Sinne der Absätze 4 und 8, des § 8 Absatz 5 Satz 2, des § 37 Absatz 5, der §§ 113 und 115 Absatz 1a, 1c und 3b.

(3a) ¹Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten. ²Die nichtöffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(4) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. ²Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen werden beauftragt, insbesondere

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

³Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen.

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

(5) ¹Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 und der Aufträge und Vorhaben nach Absatz 4a erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4. ²Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Absatz 4 Satz 2 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. ³Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird. ⁴Den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. ⁵Die Ergebnisse der Arbeiten nach Absatz 4 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnisnahme vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(6) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. März 2016 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses ein. ²Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr. ³Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. ⁴Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle regeln die Vertragsparteien nach § 113 in der Geschäftsordnung nach Absatz 7. ⁵Die Vertragsparteien richten ab dem 1. September 2023 dauerhaft zusätzlich eine Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 maßgeblichen Interessensvertretungen beim Qualitätsausschuss Pflege ein. ⁶Die Interessensvertretungen haben das Recht, die Stelle zu besetzen und den Arbeitsort in Abstimmung mit der Geschäftsstelle zu bestimmen.

(7) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses, insbesondere

1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,
2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,
3. zum Vorsitz,
4. zu den Beschlussverfahren,
5. zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle auch mit der Aufgabe als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle nach Absatz 6,
6. zur Sicherstellung der jeweiligen Auftragserteilung nach Absatz 4,
7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,
8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,

9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz einschließlich der Erstattung von Reisekosten, eines Verdienstausfalls sowie die Zahlung eines Pauschbetrages nach § 118 Absatz 1 Satz 6 sowie
10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter sowie für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6; die Kosten können auch den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden.

²Die Geschäftsordnung und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. ³Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Februar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.

(8) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich zum 1. September über ihre Arbeit, insbesondere über den Stand der Bearbeitung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und über den Stand der Auftragserteilung und Bearbeitung der nach den Absätzen 4 und 4a zu erteilenden Aufträge, sowie über gegebenenfalls erforderliche besondere Maßnahmen zur Einhaltung von Fristen zu berichten. ²Die besonderen Schwierigkeiten, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben, sind im Einzelnen darzulegen. ³Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen jederzeit einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. ⁴Der Zeitplan ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. ⁵Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu informieren, wenn absehbar ist, dass ein Zeitziel des Zeitplans nicht eingehalten werden kann. ⁶In diesem Fall kann das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Umsetzungsschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst vornehmen.

(9) ¹Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 8 Absatz 5 Satz 2 getroffenen Entscheidungen. ²Es kann die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. ³Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. ⁴Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ⁵Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. ⁶Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. ⁷Bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen. ⁸Bezüglich der Vereinbarungen nach § 115 Absatz 3b setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 darüber hinaus mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ins Benehmen.

(10) ¹Gegen eine Entscheidung des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach

Absatz 9 Satz 2, 3, 5 und 6 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. ²Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

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

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

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

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

²Als sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das

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

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

1. soll die Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, und

2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,
 - a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:
 - aa) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 eine Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderung beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BANz AT 17.2.2016 B3) erfüllt oder
 - bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des Pflegeberufgesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, Absatz 3, Absatz 4, Absatz 6 oder Absatz 7 des Pflegeberufgesetzes oder
 - b) das für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 berücksichtigt werden kann, wenn das Bestehen einer berufsqualifizierenden Prüfung aufgrund von berufspraktischen Erfahrungen in der Pflege, sonstigen Qualifizierungsmaßnahmen oder beidem nach landesrechtlichen Regelungen auf die Dauer der in Absatz 1 Nummer 2 genannten Ausbildungen angerechnet werden kann.

²Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. ³Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden. ⁴Der Durchführung einer Ausbildung nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa steht es gleich, wenn die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30. Dezember 2028, begonnen wird und das Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. ²Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. ³Kommen die Empfehlungen nach Satz 1 nicht innerhalb der dort genannten Frist zustande, wird ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. ⁴Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. ⁵Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. ⁶Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. ⁷Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die Empfehlungen fest. ⁸Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.

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

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

(6) ¹Ab dem 1. Juli 2023 können Anträge auf Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichen Fachkräften nach § 8 Absatz 6 und von zusätzlichen Pflegehilfskräften nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 jeweils nicht mehr gestellt werden. ²Vergütungszuschläge nach Satz 1, die bis zum Beginn des ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahrens vereinbart oder beschieden worden sind, werden in diesem Pflegesatzverfahren in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. ³Die Übertragung hat spätestens bis zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen.

(7) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit prüft alle zwei Jahre, erstmals im Jahr 2025, eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Grundlagen für die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1. ²Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

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

³Das Bundesministerium für Gesundheit legt unverzüglich im Anschluss an die Prüfung nach Satz 1 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung nach Satz 1 und die tragenden Gründe sowie einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.

(8) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit legt erstmals bis zum 30. Juni 2024 und anschließend alle zwei Jahre, beginnend mit dem 31. Dezember 2025, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie nach Anhörung der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung fest. ²Die Festlegung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zu 30. Juni 2025, aufgeschlüsselt nach Ländern für den Stichtag 1. Mai 2025, und anschließend alle zwei Jahre, beginnend mit dem 31. Dezember 2026, aufgeschlüsselt nach Ländern für den Stichtag 1. November des Berichtsjahres, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflegesatzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären. ⁴Ferner berichtet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Umfang des Pflegehilfsmittelpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 überschreitet, und über den Umfang des Pflegehilfsmittelpersonals, das nach Absatz 3 vorgehalten wird. ⁵Die Grundlagen des Berichts nach den Sätzen 3 und 4 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. März 2024 fest. ⁶Die Grundlagen des Berichts bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 114 Qualitätsprüfungen

(1) ¹Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. ²Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüfform, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. ³Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. ⁴Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen. ⁵Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind ab dem 1. Januar 2014 verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. ⁶Sie sollen insbesondere auf Folgendes hinweisen:

1. auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze,
 2. auf den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken sowie
 3. ab dem 1. Juli 2016 auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz.
- ⁷Wesentliche Änderungen hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung, der Arzneimittelversorgung sowie der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz sind den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von vier Wochen zu melden.

(2) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung). ²Die Richtlinien

nach § 114c zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität sind zu beachten. ³Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse. ⁴Zu prüfen ist, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. ⁵Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). ⁶Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. ⁷Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 43b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) und der Zusatzleistungen (§ 88). ⁸Auch die nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in die Regelprüfung einzubeziehen, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. ⁹In die Regelprüfung einzubeziehen sind auch Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches, die auf der Grundlage eines Versorgungsvorgabes mit den Krankenkassen gemäß § 132l Absatz 5 Nummer 4 des Fünften Buches erbracht werden, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. ¹⁰In den Fällen nach Satz 10 ist in die Regelprüfung mindestens eine Person, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem der in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches genannten Orte erhält, einzubeziehen. ¹¹Die Regelprüfung umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen. ¹²Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht und, sofern stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 geprüft werden, ob die Verpflichtung zur Übermittlung von Daten nach § 35 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes erfüllt wurde.

(2a) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich die Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen, insbesondere, unter welchen Voraussetzungen Prüfaufträge angesichts der aktuellen Infektionslage angemessen sind und welche spezifischen Vorgaben, insbesondere zur Hygiene, zu beachten sind. ²Dabei sind insbesondere die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen. ³Der Beschluss nach Satz 1 ist entsprechend der Entwicklung der SARS-CoV-2-Pandemie vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu aktualisieren. ⁴Er ist für die Landesverbände der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. verbindlich.

(3) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen haben im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. ²Hierzu können auch Vereinbarungen auf Landesebene

zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den für weitere Prüfverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden getroffen werden. ³Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn

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

⁴Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.

(4) ¹Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus; er umfasst eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität. ²Gibt es im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, sind die betroffenen Pflegebedürftigen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen. ³Die Prüfung ist insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen. ⁴Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

(1) ¹Der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind im Rahmen ihres Prüfauftrags nach § 114 jeweils berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllen.

²Die Prüfungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. ³Die Prüfungen in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen unangekündigt erfolgen, wenn die Einrichtung ihrer Verpflichtung nach § 114b Absatz 1 gar nicht nachkommt, die Datenübermittlung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde. ⁴Der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen beraten im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung. ⁵§ 112 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) ¹Sowohl bei teil- als auch bei vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, vertretungsberechtigten Personen und Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner zu befragen. ²Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. ³Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender

Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. ⁴Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung der von dem Pflegedienst versorgten Person auch in deren Wohnung zu überprüfen. ⁵Der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sollen die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde an Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.

(3) ¹Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von durch die Pflegeeinrichtung versorgten Personen. ²Zum gesundheitlichen und pflegerischen Zustand der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen können sowohl diese Personen selbst als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner befragt werden. ³Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme von Personen nach Satz 1 und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen. ⁴Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig. ⁵Durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen. ⁶Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen, Inaugenscheinnahmen von Personen nach Satz 1 und Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Verarbeitung personenbezogener Daten von durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Personen.

(3a) ¹Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen an die jeweiligen Prüfer weiterzuleiten. ²Die Prüfer sind jeweils verpflichtet, die durch Inaugenscheinnahme nach Absatz 3 Satz 1 in die Qualitätsprüfung einzubeziehenden Personen vor der Durchführung der Qualitätsprüfung in verständlicher Weise über die für die Einwilligung in die Prüfhandlungen nach Absatz 3 Satz 6 wesentlichen Umstände aufzuklären. ³Ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person in Textform erhält. ⁴Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person ihre Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. ⁵Die Einwilligung nach Absatz 2 oder Absatz 3 kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise gegenüber den Prüfern abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). ⁶Ist die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, wobei dieser nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4 aufzuklären ist. ⁷Ist ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt nach einer den Maßgaben der Sätze 2 bis 4 entsprechenden Aufklärung durch die Prüfer ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. ⁸Die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung des Berechtigten

sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(4) ¹Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Sozialhilfeträgers sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. an den Prüfungen nach den Absätzen 1 bis 3 zu beteiligen. ²Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach den Absätzen 1 bis 3 beteiligt wird. ³Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder nach Satz 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird. ⁴Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils befugt, sich an Überprüfungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu beteiligen, soweit sie von der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde nach Maßgabe heimrechtlicher Vorschriften durchgeführt werden. ⁵Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung der Pflegeeinrichtung auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.

(5) ¹Unterschreitet der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte, auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. ²Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt jeweils am Ende eines Jahres die Einhaltung der Prüfquote oder die Höhe der Unter- oder Überschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung nach Anhörung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen fest und teilt diesen jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und bei Unterschreitung der Prüfquote den Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit; der Finanzierungsanteil ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. durchgeführten Prüfungen und der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfquote. ³Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. jährlich unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen. ⁴Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. muss der Zahlungsaufforderung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung keine Folge leisten, wenn er innerhalb von vier Wochen nach der Zahlungsaufforderung nachweist, dass die Unterschreitung der Prüfquote nicht von ihm oder seinem Prüfdienst zu vertreten ist.

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

(6) ¹Die Medizinischen Dienste und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. berichten dem Medizinischen Dienst Bund zum 30. Juni 2020, danach in Abständen von zwei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach diesem Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwick-

lung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung.² Sie stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher.³ Der Medizinische Dienst Bund führt die Berichte der Medizinischen Dienste, des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen innerhalb eines halben Jahres dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Länderministerien vor.

(7) ¹Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich.² In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen.³ Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen.⁴ Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft.⁵ Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit.⁶ Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen.⁷ Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.⁸ Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.⁹ Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen.¹⁰ Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.¹¹ Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. verbindlich.

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

(1) ¹Die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2019 bis zum 31. Dezember 2021 einmal und ab dem 1. Januar 2022 halbjährlich zu einem bestimmten Stichtag indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Bereich zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln.² Die indikatorenbezogenen Daten sind auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu erfassen.³ Wenn die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet ist, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben nach § 113 Absatz 1b sicherzustellen.

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

(3) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird im Jahr 2019 ein einmaliger Förderbetrag in Höhe von 1000 Euro für jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um die für die Erhebung von indikatorenbefugenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität notwendigen Schulungen in den Einrichtungen zu unterstützen. ²Die Modalitäten der Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse werden von den Landesverbänden der Pflegekassen festgelegt. ³Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten. ⁴Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. ⁵Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch Vereinbarung.

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

(1) ¹Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist. ²Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die betroffenen Einrichtungen entsprechend den Maßgaben eines vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegten bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus. ³Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. ⁴Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. ⁵Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine Einrichtung erreicht worden ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. ⁶Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. ⁷Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände

der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. ⁸Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ⁹Die Kriterien nach Satz 3 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.

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

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2022, zum 31. März 2023 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit

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

²Für die Berichterstattung zum 31. März 2023 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung

(1) ¹Die Medizinischen Dienste, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen haben das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. ²Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt und auf Anforderung verpflichtet, die ihnen nach Satz 1 bekannt gewordenen Daten und Informationen mit Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung auch seiner Trägervereinigung zu übermitteln, soweit deren Kenntnis für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zu einem Bescheid nach Absatz 2 erforderlich ist. ³Gegenüber Dritten sind die Prüfer und die Empfänger der Daten zur Verschwiegenheit verpflichtet; dies gilt nicht für die zur Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen nach Absatz 1a erforderlichen Daten und Informationen.

(1a) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. ²Die Vertrags-

parteien nach § 113 vereinbaren insbesondere auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 und der Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. ³In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 4 vergebenen Aufträge zu berücksichtigen. ⁴Die Vereinbarungen umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). ⁵Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. ⁶Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. ⁷Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. ⁸Bei der Darstellung der Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. ⁹Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. ¹⁰Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 jeweils unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen. ¹¹Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ¹²Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. ¹³Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort; dies gilt entsprechend auch für die bestehenden Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen).

(1b) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass ab dem 1. Januar 2014 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 über die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung und ab dem 1. Juli 2016 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz in vollstationären Einrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. ²Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Informationen nach Satz 1 an gut sichtbarer Stelle in der Pflegeeinrichtung auszuhängen. ³Die Landesverbände der Pflegekassen übermitteln die Informationen nach Satz 1 an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zum Zweck der einheitlichen Veröffentlichung.

(1c) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen haben Dritten für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung die Daten, die nach den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a der Darstellung der Qualität zu Grunde liegen, sowie rückwirkend zum 1. Januar 2017 ab dem 1. April 2017 die Daten, die nach den nach § 115a übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen der Darstellung der Qualität bis zum Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu Grunde liegen, auf Antrag in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. ²Das Nähere zu der Übermittlung der Daten an Dritte, insbesondere zum Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 bis zum

31. März 2017 in Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen sind.³Mit den Nutzungsbedingungen ist eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherzustellen.⁴Der Dritte hat zu gewährleisten, dass die Herkunft der Daten für die Endverbraucherin oder den Endverbraucher transparent bleibt.⁵Dies gilt insbesondere, wenn eine Verwendung der Daten in Zusammenhang mit anderen Daten erfolgt.⁶Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.⁷Die Übermittlung der Daten erfolgt gegen Ersatz der entstehenden Verwaltungskosten, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.⁸Die entsprechenden Aufwendungen sind von den Landesverbänden der Pflegekassen nachzuweisen.

(2)¹Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.²Werden nach Satz 1 festgestellte Mängel nicht fristgerecht beseitigt, können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Abs. 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Abs. 2, kündigen.³§ 73 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3)¹Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen.²Über die Höhe des Kürzungsbetrags ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Einvernehmen anzustreben.³Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 76 in der Besetzung des Vorsitzenden und der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder.⁴Gegen die Entscheidung nach Satz 3 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben; ein Vorverfahren findet nicht statt, die Klage hat aufschiebende Wirkung.⁵Der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag ist von der Pflegeeinrichtung bis zur Höhe ihres Eigenanteils an die betroffenen Pflegebedürftigen und im Weiteren an die Pflegekassen zurückzuzahlen; soweit die Pflegevergütung als nachrangige Sachleistung von einem anderen Leistungsträger übernommen wurde, ist der Kürzungsbetrag an diesen zurückzuzahlen.⁶Der Kürzungsbetrag kann nicht über die Vergütungen oder Entgelte nach dem Achten Kapitel refinanziert werden.⁷Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Vorschriften bleiben unberührt; § 66 des Fünften Buches gilt entsprechend.

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

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

²Entsprechendes gilt bei Nichtbezahlung der nach § 82c zugrunde gelegten Gehälter und Entlohnung.³Abweichend von Absatz 3 Satz 2 und 3 ist das Einvernehmen über den Kürzungsbetrag unverzüglich herbeizuführen und die Schiedsstelle hat in der Regel binnen drei Monaten zu entscheiden.⁴Bei Verstößen im Sinne von Satz 1 Nummer 1 können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Absatz 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Absatz 2, kündigen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend.

(3b) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren durch den Qualitätsausschuss gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung nach den Absätzen 3 und 3a. ²Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. ³Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(4) ¹Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege, Versorgung und Betreuung nahtlos übernimmt. ²Bei Sozialhilfempfängern ist der zuständige Träger der Sozialhilfe zu beteiligen.

(5) ¹Stellen der Medizinische Dienst oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die weitere Versorgung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend. ²Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten. ³Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) ¹In den Fällen der Absätze 4 und 5 haftet der Träger der Pflegeeinrichtung gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen und deren Kostenträgern für die Kosten der Vermittlung einer anderen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, soweit er die Mängel in entsprechender Anwendung des § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches zu vertreten hat. ²Absatz 3 Satz 7 bleibt unberührt.

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

(1) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 passen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene die Pflege-Transparenzvereinbarungen an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung an (übergeleitete Pflege-Transparenzvereinbarungen). ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ³Kommt bis zum 30. April 2016 keine einvernehmliche Einigung zustande, entscheidet der erweiterte Qualitätsausschuss nach § 113b Absatz 3 bis zum 30. Juni 2016. ⁴Die übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen gelten ab 1. Januar 2017 bis zum Inkrafttreten der in § 115 Absatz 1a vorgesehenen Qualitätsdarstellungsvereinbarungen.

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

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

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die Qualitätsprüfungs-Richtlinien unverzüglich an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung an. ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. ⁴Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ⁵Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die nach Absatz 4 angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bis zum 30. September 2016 an die nach Absatz 1 übergeleiteten und gegebenenfalls nach Absatz 2 geänderten Pflege-Transparenzvereinbarungen an. ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. ⁴Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ⁵Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten zum 1. Januar 2017 in Kraft.

§ 116 Kostenregelungen

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

(2) ¹Die Kosten der Schiedsstellenentscheidung nach § 115 Abs. 3 Satz 3 trägt der Träger der Pflegeeinrichtung, soweit die Schiedsstelle eine Vergütungskürzung anordnet; andernfalls sind sie von den als Kostenträgern betroffenen Vertragsparteien gemeinsam zu tragen. ²Setzt die Schiedsstelle einen niedrigeren Kürzungsbetrag fest als von den Kostenträgern gefordert, haben die Beteiligten die Verfahrenskosten anteilig zu zahlen.

(3) ¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu regeln. ²In der Rechtsverordnung können auch Mindest- und Höchstsätze festgelegt werden; dabei ist den berechtigten Interessen der Wirtschaftlichkeitsprüfer (§ 79) sowie der zur Zahlung der Entgelte verpflichteten Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.

§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

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

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

wirksam aufeinander abzustimmen. ²Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. ³Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen.

(2) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. können mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder den obersten Landesbehörden ein Modellvorhaben vereinbaren, das darauf zielt, eine abgestimmte Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften zu erarbeiten. ²Von den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 und den nach § 115 Absatz 1a bundesweit getroffenen Vereinbarungen kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden. ³Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach diesem Buch kann durch eine Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder den obersten Landesbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden.

(3) ¹Zur Verwirklichung der engen Zusammenarbeit sind die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde die ihnen nach diesem Buch zugänglichen Daten über die Pflegeeinrichtungen, insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die personelle und sächliche Ausstattung sowie über die Leistungen und Vergütungen der Pflegeeinrichtungen, mitzuteilen. ²Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung zu anonymisieren.

(4) ¹Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeeinrichtungen sind vom Medizinischen Dienst, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach diesem Buch durchführen, unverzüglich der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind. ²§ 115 Abs. 1 Satz 1 bleibt hiervon unberührt.

(5) ¹Die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden entstehenden Kosten. ²Eine Beteiligung an den Kosten der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder anderer von nach

heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde beteiligter Stellen oder Gremien ist unzulässig.

(6) ¹Durch Anordnungen der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde bedingte Mehr- oder Minderkosten sind, soweit sie dem Grunde nach vergütungsfähig im Sinne des § 82 Abs. 1 sind, in der nächstmöglichen Pflege-satzvereinbarung zu berücksichtigen. ²Der Widerspruch oder die Klage einer Vertragspartei oder eines Beteiligten nach § 85 Abs. 2 gegen die Anordnung hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Bei Erarbeitung oder Änderung

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

wirken die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 2 beratend mit. ²Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen. ³Bei den durch den Qualitätsausschuss nach § 113b zu treffenden Entscheidungen erhalten diese Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. ⁴Der Qualitätsausschuss nach § 113b hat über solche Anträge in der nächsten Sitzung zu beraten. ⁵Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. ⁶Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 2 erlassenen Verordnung in die Gremien des Qualitätsausschusses nach § 113b entsandt werden, damit sie dort die in den Sätzen 1 und 3 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind, sowie auf den Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches und einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. ⁷Das Nähere regeln die Vereinbarungspartner in der Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7.

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

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

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

Für den Vertrag zwischen dem Träger einer zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung, auf die das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz keine Anwendung findet,

und dem pflegebedürftigen Bewohner gelten die Vorschriften über die Verträge nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz entsprechend.

§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

(1) ¹Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 zu versorgen (Pflegevertrag). ²Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

(2) ¹Der Pflegedienst hat nach Aufforderung der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. ²Der Pflegevertrag kann von dem Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

(3) ¹In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gesondert zu beschreiben. ²Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten. ³Bei der Vereinbarung des Pflegevertrages ist zu berücksichtigen, dass der Pflegebedürftige Leistungen von mehreren Leistungserbringern in Anspruch nimmt. ⁴Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.

(4) ¹Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 und seiner ergänzenden Unterstützungsleistungen im Sinne des § 39a ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten. ²Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen nach Satz 1 den von der Pflegekasse mit Bescheid festgelegten und von ihr zu zahlenden leistungrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach § 89 vereinbarte Vergütung berechnen.

Zwölftes Kapitel. Bußgeldvorschrift

§ 121 Bußgeldvorschrift

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig
1. der Verpflichtung zum Abschluß oder zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 23 Abs. 1 Satz 1 und 2 oder § 23 Abs. 4 oder der Verpflichtung zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 22 Abs. 1 Satz 2 nicht nachkommt,
 2. entgegen § 50 Abs. 1 Satz 1, § 51 Abs. 1 Satz 1 und 2, § 51 Abs. 3 oder entgegen Artikel 42 Abs. 4 Satz 1 oder 2 des Pflege-Versicherungsgesetzes eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
 3. entgegen § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder entgegen § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig mitteilt,

4. entgegen § 50 Abs. 3 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,
 5. entgegen Artikel 42 Abs. 1 Satz 3 des Pflege-Versicherungsgesetzes den Leistungsumfang seines privaten Versicherungsvertrages nicht oder nicht rechtzeitig anpaßt,
 6. mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien zur privaten Pflegeversicherung in Verzug gerät,
 7. entgegen § 128 Absatz 1 Satz 4 die dort genannten Daten nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt.
- (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 2 500 Euro geahndet werden.

(3) Für die von privaten Versicherungsunternehmen begangenen Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nummer 2 und 7 ist das Bundesamt für Soziale Sicherung die Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten.

(4) ¹Die für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nummer 1 und 6 zuständige Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a oder Absatz 2 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten kann die zur Ermittlung des Sachverhalts erforderlichen Auskünfte, auch elektronisch und als elektronisches Dokument, bei den nach § 51 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 Meldepflichtigen einholen. ²Diese sollen bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. ³Sie sollen insbesondere ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. ⁴Eine weitergehende Pflicht, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere eine Pflicht zum persönlichen Erscheinen oder zur Aussage, besteht nur, soweit sie durch Rechtsvorschrift besonders vorgesehen ist.

§ 122 (aufgehoben)

Dreizehntes Kapitel. Befristete Modellvorhaben

§ 123 Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

- (1) ¹Im Zeitraum von 2025 bis 2028 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr aus dem Ausgleichsfonds regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden vor Ort und im Quartier. ²Die Förderung dient insbesondere dazu,
1. die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern,
 2. den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern,
 3. die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen,
 4. den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche Strukturen aufzubauen,
 5. eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen,
 6. Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren,
 7. innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln oder
 8. die Pflegeangebote untereinander digital zu vernetzen.

³Die Förderung nach Satz 1 erfolgt, wenn die Modellvorhaben auf der Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Vorschriften auch durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft gefördert werden. ⁴Sie erfolgt jeweils in gleicher Höhe wie die Förderung, die vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 60 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht werden kann. ⁵Die Förderung von Modellvorhaben durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Satz 1 setzt voraus, dass diese den Empfehlungen nach Absatz 3 entsprechen, und erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

(2) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit insgesamt 7 Prozent des in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördervolumens an der Förderung nach Absatz 1 Satz 1.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und den Ländern Empfehlungen, in denen festzulegen ist,

1. was die Ziele und der Inhalt der Förderung sind,
2. welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit die Förderung gewährt wird,
3. für welche Dauer die Förderung gewährt wird,
4. wie die Förderung durchgeführt wird,
5. nach welchem Verfahren die Fördermittel vergeben, ausbezahlt und abgewickelt werden,
6. welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel mit Zweckbindung genügen müssen, sowie wie im Einzelfall zu prüfen ist, ob die Nutzung von Mitteln und Möglichkeiten der Arbeitsförderung zweckentsprechend eingesetzt werden kann, und
7. wie die Zwischen- und Abschlussberichte der wissenschaftlichen Begleitung dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zugehen.

²Vor dem Beschluss der Empfehlungen müssen die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Landesverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen und ihrer Angehörigen, das Bundesamt für Soziale Sicherung sowie die oder der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege angehört werden. ³Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. ⁴Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 vorzulegen.

(4) ¹Die Modellvorhaben sind auf längstens vier Jahre zu befristen. ²Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann von den Regelungen des § 37 Absatz 3 bis 9, des Siebten und des Achten Kapitels abgewichen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele eines Modellvorhabens zwingend erforderlich ist.

(5) ¹Die nach Absatz 1 Satz 1 zur Verfügung stehenden Fördermittel werden nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. ²Die Auszahlung der Mittel für ein Modellvorhaben erfolgt, sobald für das Modellvorhaben eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt. ³Die Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen des jeweiligen Landes.

(6) ¹Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversiche-

rung nach § 65 überwiesen werden. ²Näheres über das Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Förderung und zur Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. durch Vereinbarung.

§ 124 Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

(1) ¹Für jedes Modellvorhaben nach § 123 haben Modellträger eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. ²Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten.

(2) In der wissenschaftlichen Begleitung ist zu untersuchen, welche Folgen eine Übernahme in die flächendeckende Regelversorgung hätte, und insbesondere darzulegen,

1. welche personellen oder finanziellen Mittel dies jeweils erfordern würde und auf welche Weise diese personellen und finanziellen Mittel bereitgestellt oder erschlossen werden könnten,
2. welche Vor- oder Nachteile gegenüber der geltenden Rechtslage zu erwarten sind und
3. welche Rechtsgrundlagen für eine Umsetzung zu ändern oder zu schaffen wären.

(3) ¹In der wissenschaftlichen Begleitung sind Zwischenberichte und Abschlussberichte über die Ergebnisse der Auswertungen der Modellvorhaben zu erstellen. ²Die Zwischenberichte müssen vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens zur Hälfte der Laufzeit des Modellvorhabens dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden, die Abschlussberichte spätestens sechs Monate nach Ende des Modellvorhabens. ³Die Vorlage muss in barrierefreier Form erfolgen. ⁴Über die Veröffentlichung entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, mit den Ländern und mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

(4) Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben werden als Teil der Modellvorhaben entsprechend § 123 gefördert.

§ 125 Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur

¹Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zusätzlich 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2020 bis 2024 zur Verfügung gestellt. ²Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Maßnahmen in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu planen und durchzuführen sind.

§ 125a Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

¹Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zehn Millionen Euro im Zeitraum von 2022

bis 2025 zur Verfügung gestellt. ²Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Planung des Modellvorhabens im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Gesellschaft für Telematik erfolgt.

§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

(1) ¹Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet. ²Die Aufgaben des Kompetenzzentrums umfassen:

1. regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege,
2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege, unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 78a,
3. Prüfung und Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung bei der Vermittlung von Plätzen und Angeboten im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege und Erarbeitung von Empfehlungen, und
4. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegenden und Pflegeberatenden mit geeigneten Maßnahmen.

(2) ¹Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. ²Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Satz 1 ergeben. ³Dieser Finanzierungsanteil kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und, soweit vorhanden, mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. ⁵Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere bei der Umsetzung der Aufgaben nach Absatz 1 beteiligt werden, sofern diese einen Bezug zur Telematikinfrastruktur aufweisen. ⁶Ebenso ist die oder der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit ins Benehmen zu setzen, sofern datenschutzrechtliche Belange betroffen sind. ⁷Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 Satz 5, 8 und 12 entsprechend.

(3) Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige. ²Begleitung und Auswertung erfolgen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Arbeit des Kompetenzzentrums. ³Die unabhängigen Sachverständigen haben Berichte über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, erstmals zum 1. März 2024, einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

(5) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. ²Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, des Deutschen Pflegegerates, der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite.

Vierzehntes Kapitel. Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge

§ 126 Zulageberechtigte

¹Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. ²Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

(1) ¹Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden,

gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro.²Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt.³Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt.⁴Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2)¹Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung des Pflegegrades dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß den §§ 18 bis 18c folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,
6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,
7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

²Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind.³Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend.⁴Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1)¹Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt.²Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss

des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. ³Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. ⁴Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

⁵Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. ⁶Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) ¹Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. ²Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. ³Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. ⁴Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. ⁵Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. ⁶Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. ⁷Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. ⁸Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. ⁹Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. ¹⁰Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. ¹¹Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. ¹²Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. ¹³Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. ¹⁴Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass

der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) ¹Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. ²Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) ¹Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. ²Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. ³Soweit das Bundesamt für Soziale Sicherung die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

§ 129 Wartezeit bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen

Soweit im Vertrag über eine gemäß § 127 Absatz 2 förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung eine Wartezeit vereinbart wird, darf diese abweichend von § 197 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes fünf Jahre nicht überschreiten.

§ 130 Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres regeln über

1. die zentrale Stelle gemäß § 128 Absatz 2 und ihre Aufgaben,
2. das Verfahren für die Ermittlung, Festsetzung, Auszahlung, Rückzahlung und Rückforderung der Zulage,
3. den Datenaustausch zwischen Versicherungsunternehmen und zentraler Stelle nach § 128 Absatz 1 und 2,
4. die Begrenzung der Höhe der bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten.

Fünftehntes Kapitel. Bildung eines Pflegevorsorgefonds

§ 131 Pflegevorsorgefonds

In der sozialen Pflegeversicherung wird ein Sondervermögen unter dem Namen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ errichtet.

§ 132 Zweck des Vorsorgefonds

¹Das Sondervermögen dient der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung. ²Es darf nach Maßgabe des § 136 nur zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden.

§ 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren

¹Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. ²Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. ³Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren erfolgt ab dem 1. Januar 2020 durch das Bundesversicherungsamt. ⁴Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem in dem in § 134 Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertretenen Bundesministerium für Gesundheit. ⁵Dem Bundesversicherungsamt bezüglich der Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren entstehende Kosten werden aus Mitteln des Pflegevorsorgefonds getragen. ⁶Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn. ⁷Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren einschließlich der Entscheidung über die Einleitung gerichtlicher Verfahren erfolgt bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit. ⁸Für bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordene gerichtliche Verfahren verbleibt die Vertretung bis zum Abschluss der Verfahren beim Bundesministerium für Gesundheit.

§ 134 Verwaltung und Anlage der Mittel

(1) ¹Die Verwaltung und die Anlage der Mittel des Sondervermögens werden der Deutschen Bundesbank übertragen. ²Für die Verwaltung des Sondervermögens und seiner Mittel werden der Bundesbank entsprechend § 20 Satz 2 des Gesetzes über die Deutsche Bundesbank keine Kosten erstattet.

(2) ¹Die dem Sondervermögen zufließenden Mittel einschließlich der Erträge sind unter sinngemäßer Anwendung der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen) zu marktüblichen Bedingungen anzulegen. ²Dabei ist der in Aktien oder Aktienfonds angelegte Anteil des Sondervermögens ab dem Jahr 2035 über einen Zeitraum von höchstens zehn Jahren abzubauen. ³Das Bundesministerium für Gesundheit ist im Anlageausschuss nach § 5 der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen) vertreten.

(3) Für Zwecke der Doppelbesteuerungsabkommen gilt das Sondervermögen als in Deutschland ansässige Person, die der deutschen Besteuerung unterliegt.

§ 135 Zuführung der Mittel

(1) ¹Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt dem Sondervermögen monatlich zum 20. des Monats zu Lasten des Ausgleichsfonds einen Betrag zu, der einem Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht. ²Für die Berechnung des Abführungsbetrags wird der Beitragssatz gemäß § 55 Absatz 1 zugrunde gelegt.

(2) Die Zuführung nach Absatz 1 erfolgt erstmals zum 20. Februar 2015 und endet mit der Zahlung für Dezember 2033.

(3) Für das Jahr 2023 erfolgt die Zuführung nach Absatz 1 im Jahr 2024 in zwölf Raten in Höhe von je einem Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres.

(4) ¹Abweichende von Absatz 1 beträgt die Zuführung an das Sondervermögen für die Jahre 2024 bis 2027 jährlich 700 Millionen Euro. ²Sie erfolgt monatlich zum

20. des Monats in zwölf Raten in Höhe von jeweils einem Zwölftel des Jahresbetrages. ³Nach dem Jahr 2027 werden die Zuführungen an das Sondervermögen nach Absatz 1 wieder aufgenommen.

§ 136 Verwendung des Sondervermögens

¹Ab dem Jahr 2035 kann das Sondervermögen zur Sicherung der Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden, wenn ohne eine Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht. ²Die Obergrenze der jährlich auf Anforderung des Bundesamtes für Soziale Sicherung an den Ausgleichsfonds abführbaren Mittel ist der 20. Teil des Realwertes des zum 31. Dezember 2034 vorhandenen Mittelbestandes des Sondervermögens. ³Erfolgt in einem Jahr kein Abruf, so können die für dieses Jahr vorgesehenen Mittel in den Folgejahren mit abgerufen werden, wenn ohne eine entsprechende Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht.

§ 137 Vermögenstrennung

Das Vermögen ist von dem übrigen Vermögen der sozialen Pflegeversicherung sowie von seinen Rechten und Verbindlichkeiten getrennt zu halten.

§ 138 Jahresrechnung

¹Die Deutsche Bundesbank legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht über die Verwaltung der Mittel des Sondervermögens vor. ²Darin sind der Bestand des Sondervermögens einschließlich der Forderungen und Verbindlichkeiten sowie die Einnahmen und Ausgaben auszuweisen.

§ 139 Auflösung

Das Sondervermögen gilt nach Auszahlung seines Vermögens als aufgelöst.

Sechszehntes Kapitel. Überleitungs- und Übergangsrecht

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

§ 140 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

(1) ¹Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung

geltenden Rechts. ²Der Erwerb einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht.

(2) ¹Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung,

1. bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe im Sinne der §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und
2. bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßige wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen,

werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Satz 3 einem Pflegegrad zugeordnet. ²Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. ³Für die Zuordnung gelten die folgenden Kriterien:

1. Versicherte, bei denen eine Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet
 - a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
 - b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
 - c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder
 - d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden;
2. Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet
 - a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 2,
 - b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 3,
 - c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 4,
 - d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, auch soweit zusätzlich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.

(3) ¹Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 2 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt. ²Satz 1 gilt auch bei einem Erlöschen der Mitgliedschaft im Sinne von § 35 ab dem 1. Januar 2017, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird. ³Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, ist verpflichtet, der Pflegekasse, bei der die neue Mitgliedschaft begründet wird, die bisherige Einstufung des Versicherten rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. ⁴Entsprechendes gilt bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und einem Wechsel von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung.

(4) ¹Stellt ein Versicherter, bei dem das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen erneuten Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2016 nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht. ²Entsprechendes gilt für Versicherte bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen.

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

(1) ¹Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, den §§ 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. ²Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich die Gewährung von Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. ³Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. ⁴Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) ¹Versicherte,
 1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben und
 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 140 Absatz 2 und 3 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung am 31. Dezember 2016 zustanden,
 haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. ²Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung festgelegt ist. ³Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag ist den Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern. ⁴Für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag gilt § 45b Absatz 3 entsprechend. ⁵Bei Versicherten, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag haben und deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen.

(3)–(3c) (aufgehoben)

(4) ¹Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflgetätigkeit fort. ²Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wenn sie höher sind als die bei-

tragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(4a) ¹In den Fällen des § 140 Absatz 4 richten sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 des Sechsten Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. ²Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

(5) ¹Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

²Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches eintritt.

(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 gelten die Absätze 4, 4a und 5 entsprechend.

(7) ¹Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegeetätigkeit fort. ²Satz 1 gilt, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben. ³Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt.

(8) ¹Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 91 Absatz 2 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. ²Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

¹Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad überleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. ²Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

§ 142a Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung

(1) ¹Um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alterna-

tiv zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen, hat der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Maßgaben des Absatzes 2 anzupassen. ²§ 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 findet Anwendung.

(2) ¹Den Anpassungen nach Absatz 1 sind die Ergebnisse mindestens einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 des Fünften Buches beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. ²Die Studien nach Satz 1 haben ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem Zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich gleichzusetzen sind. ³Eine Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ist ausgeschlossen, wenn

1. es sich um eine erstmalige Untersuchung des Antragstellers handelt, in der geprüft wird, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,
2. es sich um eine Untersuchung aufgrund eines Widerspruchs gegen eine Entscheidung der Pflegekasse zum festgestellten Pflegegrad handelt,
3. es sich um eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern handelt oder
4. die der Begutachtung unmittelbar vorangegangene Begutachtung das Ergebnis enthält, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 nicht vorliegt.

⁴Sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt, angezeigt ist, sind in den Anpassungen nach Absatz 1 abschließend aufzuführen. ⁵Für Fallkonstellationen nach Satz 4 ist eine ergänzende oder alternative Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ausgeschlossen oder, sofern die Anwesenheit einer weiteren Person zur Unterstützung bei der Begutachtung angezeigt ist, nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich; die Anwesenheit der Unterstützungsperson ist vor Beginn der Begutachtung festzustellen. ⁶Gutachterinnen und Gutachter, die strukturierte telefonische Interviews durchführen, müssen über Vorerfahrungen in der Begutachtung mittels persönlicher Untersuchung von Versicherten in deren Wohnbereich verfügen; weitere Einzelheiten zu der Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern sind in den Anpassungen nach Absatz 1 vorzulegen.

(3) ¹§ 17 Absatz 2 findet Anwendung. ²Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird frühestens am 15. August 2023 wirksam. ³Die Nichtbeanstandung der nach Absatz 1 angepassten Richtlinien kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. ⁴Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.

(4) ¹Mit Wirksamwerden der nach Absatz 1 vorgenommenen Anpassungen der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 kann abweichend von den entsprechenden Bestimmungen des Zweiten Kapitels die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. ²Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches

Interview vor. ³Der Antragsteller ist über sein Wahlrecht nach Satz 2 durch die Gutachterin oder den Gutachter zu informieren; die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(5) ¹Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. ²Für die Berichterstattung nach Satz 1 beauftragt der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation von Begutachtungen, die auf Grundlage der Anpassungen nach Absatz 1 durchgeführt werden; der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich vorzulegen.

§ 143 Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversicherungsverträge

(1) Bei einer Pflegeversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird und bei der das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen ist, kann der Versicherer seine Allgemeinen Versicherungsbedingungen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse entsprechend den Vorgaben nach § 140 ändern, soweit der Versicherungsfall durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach den §§ 14 und 15 bestimmt wird.

(2) ¹Der Versicherer ist zudem berechtigt, auch für bestehende Versicherungsverhältnisse die technischen Berechnungsgrundlagen insoweit zu ändern, als die Leistungen an die Pflegegrade nach § 140 Absatz 2 und die Prämien daran angepasst werden. ²§ 155 Absatz 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes findet Anwendung.

(3) ¹Dem Versicherungsnehmer sind die geänderten Versicherungsbedingungen nach Absatz 1 und die Neufestsetzung der Prämie nach Absatz 2 unter Kenntlichmachung der Unterschiede sowie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. ²Anpassungen nach den Absätzen 1 und 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(4) Gesetzlich oder vertraglich vorgesehene Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers bleiben hiervon unberührt.

Zweiter Abschnitt. Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen

§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

(2) ¹Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b und 45c in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung gelten auch ohne

neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. ²Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

(3) ¹Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. ²Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. ³Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 zu beantragen. ⁴Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.

(4) Die im Jahr 2015 gemäß § 45c zur Verfügung gestellten Fördermittel, die nach § 45c Absatz 5 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung auf das Folgejahr 2016 übertragen und bis zum Ende des Jahres 2016 in den Ländern nicht in Anspruch genommen worden sind, können im Jahr 2017 gemäß § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung von den Ländern beantragt werden, die im Jahr 2015 mindestens 80 Prozent der auf sie gemäß § 45c Absatz 5 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.

(5) ¹In Fällen, in denen am 31. Dezember 2016 der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Achten Buch bereits zusammentrifft, muss eine Vereinbarung nach § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung nur dann abgeschlossen werden, wenn einer der beteiligten Träger oder der Leistungsbezieher dies verlangt. ²Trifft der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung außerdem mit Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder dem Bundesversorgungsgesetz zusammen, gilt Satz 1 entsprechend.

[Fassung Abs. 6 bis 31.12.2024:]

(6) Für Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBl. I S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 13 Absatz 1 Nummer 1, Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und Satz 3, des § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, des § 21 Nummer 1 und 3, des § 23 Absatz 5, des § 34 Absatz 1 Nummer 2, des § 50 Absatz 2 Nummer 1 und 3, des § 56 Absatz 4, des § 57 Absatz 4 Satz 4, des § 59 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und des § 144 Absatz 5 Satz 2 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter.

[Fassung Abs. 6 ab 1.1.2025:]

(6) (aufgehoben)

[Fassung Abs. 6 ab 1.7.2025:

(6) Die Leistungsbeträge, die für Leistungen der Verhinderungspflege gemäß § 39 sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 verbraucht worden sind, werden auf den Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.]

§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege

¹Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. ²Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.

§ 146 Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3

(1) Für die jeweilige beratende Stelle gelten die Vergütungssätze nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6 in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung so lange, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wird.

(2) Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung durchgeführt haben, gelten ab dem 1. Januar 2019 als nach § 37 Absatz 7 anerkannte Beratungsstellen.

Dritter Abschnitt. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie

§ 147 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18

(1) ¹Abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 1 kann die Begutachtung bis einschließlich 31. März 2022 ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. ²Grundlage für die Begutachtung bilden bis zu diesem Zeitpunkt insbesondere die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind, wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung des Versicherten oder des Gutachters mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zwingend erforderlich ist. ³Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entwickelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. Oktober 2020 bundesweit einheitliche Maßgaben dafür, unter welchen Schutz- und Hygieneanforderungen eine Begutachtung durch eine Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich stattfindet und in welchen Fällen, insbesondere bei welchen Personengruppen,

eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zwingend erforderlich ist.

(2) Abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 5 werden bis einschließlich 31. März 2021 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt, auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst oder anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern empfohlen wurde.

(3) ¹Abweichend von § 18 Absatz 3 Satz 2 ist die Frist, in welcher dem Antragsteller die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen ist, bis einschließlich 30. September 2020 unbeachtlich. ²Abweichend von Satz 1 ist einem Antragsteller, bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt unverzüglich, spätestens bis einschließlich 9. April 2020, bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. ⁴Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(4) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse bis einschließlich 30. September 2020 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 3 dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

(5) § 18 Absatz 3b Satz 1 bis 3 findet bis einschließlich 30. September 2020 keine Anwendung.

(6) Absatz 1 gilt für Anträge auf Pflegeleistungen, die zwischen dem 1. Oktober 2020 und dem 31. März 2022 gestellt werden.

§ 148 Beratungsbesuche nach § 37

¹Abweichend von § 37 Absatz 3 Satz 1 erfolgt die von den Pflegebedürftigen abzurufende Beratung bis einschließlich 31. März 2022 telefonisch, digital oder per Videokonferenz, wenn die oder der Pflegebedürftige dies wünscht. ²Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen darf das Pflegegeld abweichend von § 37 Absatz 6 nicht kürzen oder entziehen, wenn die oder der Pflegebedürftige in dem Zeitraum vom 1. März 2022 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 keine Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 abrufen. ³Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben diese Ausnahmeregelung den Pflegegeldempfängern kurzfristig in geeigneter Form zur Kenntnis zu bringen.

§ 149 Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung

(1) ¹Bis einschließlich 30. September 2020 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, abweichend von § 42 Absatz 4 auch ohne, dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. ²Die Vergütung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gemäß § 111 Absatz 5 des Fünften Buches der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

(2) Abweichend von § 42 Absatz 2 Satz 2 übernehmen die Pflegekassen bei Kurzzeitpflege in dem Zeitraum vom 28. März 2020 bis einschließlich 30. September

2020 in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 2 418 Euro.

(3) ¹Ist eine pflegerische Versorgung von bereits vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie quarantänebedingt nicht zu gewährleisten, kann diese für die Dauer von maximal 14 Kalendertagen in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. September 2020 auch in einer Einrichtung erbracht werden, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringt (anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung). ²Im begründeten Einzelfall kann in Abstimmung mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen auch eine pflegerische Versorgung von mehr als 14 Tagen in einer Einrichtung erbracht werden, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringt. ³Der Pflegeplatz des Pflegebedürftigen ist von der bisherigen vollstationären Pflegeeinrichtung während seiner Abwesenheit freizuhalten. ⁴Die Berechnung des Heimentgeltes und seine Zahlung an die bisherige vollstationäre Pflegeeinrichtung sowie der nach § 43 von der Pflegekasse an die bisherige vollstationäre Pflegeeinrichtung zu gewährende Leistungsbetrag bleiben unverändert. ⁵Die Vergütung der anderweitigen vollstationären pflegerischen Versorgung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz nach § 111 Absatz 5 des Fünften Buches für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. ⁶Sie wird der Einrichtung von den Pflegekassen entsprechend dem Verfahren nach § 150 Absatz 2 Satz 2 bis 4 erstattet. ⁷Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann im Benehmen mit den Verbänden der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie im Benehmen mit den Verbänden der stationären medizinischen Rehabilitations- und Versorgungseinrichtungen Empfehlungen zur formellen Abwicklung des Abrechnungsverfahrens abgeben.

§ 150 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

(1) ¹Im Fall einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend den Pflegekassen gegenüber anzuzeigen. ²Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse. ³In Abstimmung mit den weiteren hierbei zuständigen Stellen, insbesondere den nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, haben die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung die erforderlichen Maßnahmen und Anpassungen vorzunehmen, wobei auch von der vereinbarten Personalausstattung einschließlich deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch abgewichen werden kann. ⁴Dabei sind zum flexiblen Einsatz des Personals in anderen Versorgungsbereichen alle bestehenden Instrumente und Mittel einschließlich des Vertragsrechts zu nutzen, bei denen zulassungsrechtliche Voraussetzungen zweckgerichtet und unbürokratisch angewandt werden können. ⁵Dies gilt auch für den Einsatz von Beschäftigten für die Leistungen der zusätzlichen Betreuung nach § 43b in anderen Bereichen.

(2) ¹Der Anspruch der zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf Erstattung von Beschaffungskosten für die selbst beschafften PoC-Antigen-Tests und Antigen-Tests zur Eigenanwendung und insoweit von Durchführungsaufwendungen kann im Rahmen der für diese Einrichtungen nach der Coronavirus-Testverordnung in ihrer jeweils geltenden Fassung festgelegten Kontingente bei einer Pflegekasse, die Partei des Versorgungsvertrages ist, regelmäßig zum Monatsende geltend gemacht werden. ²Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrages hat innerhalb von 14 Kalendertagen über eine Pflegekasse zu erfolgen. ³Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren und die erforderlichen Nachweise für seine Mitglieder fest. ²Dabei sind gemessen an der besonderen Herausforderung von allen Beteiligten pragmatische Lösungen in der Umsetzung vorzusehen. ³Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig über die Ausgabenentwicklung.

(4) ¹Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung die nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen entsprechend dem Verhältnis, das dem Verhältnis zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. ²Bei den in § 39a Absatz 1 des Fünften Buches genannten stationären Hospizen, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht, tragen die gesetzlichen Krankenkassen 80 Prozent der nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen. ³Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach den Sätzen 1 und 2 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. ⁴Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. ⁵Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 2 ergeben. ⁶Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt die Höhe des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen auf Basis der vierteljährlichen Finanzstatistiken der gesetzlichen Krankenkassen fest. ⁷Die entsprechende Zahlung wird binnen vier Wochen fällig. ⁸Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.

(5) ¹Die Pflegekassen können nach ihrem Ermessen zur Vermeidung von durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 im Einzelfall im häuslichen Bereich verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen, Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge (§ 36) nach vorheriger Antragstellung gewähren, wenn die Maßnahmen nach Absatz 1 Satz 3 nicht ausreichend sind; dabei haben sie vorrangig Leistungserbringer zu berücksichtigen, die von Pflegefachkräften geleitet werden. ²Entsprechende Kostenerstattungszusagen sind jeweils auf bis zu drei Monate zu begrenzen. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten dazu in Empfehlungen fest. ⁴Die Pflegekassen können bei Bedarf bereits vor dem Vorliegen der Empfehlungen Kostenerstattungen zusagen. ⁵Die Pflegekassen können aus wichtigen Gründen die Kostenerstattungszusage jederzeit widerrufen.

(5a) ¹Den nach Maßgabe des gemäß § 45a Absatz 3 erlassenen Landesrechts anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag entstandene und nachgewiesene Beschaffungskosten und Durchführungsaufwendungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 werden aus Mitteln der Pflegeversicherung erstattet. ²Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren fest. ⁴Absatz 4 Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.

(5b) ¹Abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 3 können Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 den Entlastungsbetrag auch für die Inanspruchnahme anderer Hilfen im Wege der Kostenerstattung einsetzen, wenn dies zur Überwindung von infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Versorgungsengpässen erforder-

lich ist. ²§ 45b Absatz 2 Satz 3 und Absatz 4 findet keine Anwendung. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten zum Einsatz des Entlastungsbetrags für andere Hilfen nach Satz 1 in Empfehlungen fest.

(5c) Abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz kann der im Jahr 2019 sowie der im Jahr 2020 nicht verbrauchte Betrag für die Leistung nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in den Zeitraum bis zum 30. September 2021 übertragen werden.

(5d) ¹Abweichend von § 44a Absatz 3 Satz 1 haben Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung im Sinne des § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegt, wenn

1. die Beschäftigten glaubhaft darlegen, dass sie die Pflege oder die Organisation der Pflege auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie übernehmen,
2. die Beschäftigten keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, Kranken- oder Verletzengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches haben und
3. die häusliche Pflege nicht anders sichergestellt werden kann.

²Abweichend von § 44a Absatz 6 Satz 1 haben landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte Anspruch auf Betriebshilfe für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine akut aufgetretene Pflegesituation vorliegt, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 3 erfüllt sind. ³Abweichend von § 44a Absatz 6 Satz 3 haben privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer Anspruch auf Kostenerstattung für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage Betriebshilfe, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine akut aufgetretene Pflegesituation vorliegt, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 3 erfüllt sind.

(6) ¹Die Absätze 1, 5 und 5b gelten bis einschließlich 30. April 2023. ²Absatz 5d gilt in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. April 2023.

§ 150a Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie

(1) ¹Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, jeder und jedem ihrer Beschäftigten im Jahr 2022 eine einmalige Sonderleistung nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 und 8 (Corona-Pflegebonus) zu zahlen. ²Gleiches gilt für Arbeitgeber, deren Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer in Einrichtungen nach Satz 1 im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung oder eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden.

(2) ¹Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben Vollzeitbeschäftigte, die im Zeitraum vom 1. November 2020 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 (Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und die am 30. Juni 2022 in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung beschäftigt und tätig sind. ²Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Vollzeitbeschäftigte, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und

1. am 30. Juni 2022 nur deshalb nicht mehr beschäftigt und tätig sind, weil für sie zu diesem Zeitpunkt ein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bestand oder
2. am 30. Juni 2022 nur deshalb nicht beschäftigt und tätig sind, weil sie Krankengeld, Krankentagegeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder nach den gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld beziehen oder Elternzeit oder eine Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen oder Wehrdienst oder Zivildienst leisten.

³Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Freiwillige im Sinne von § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne von § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung ihren Dienst geleistet haben. ⁴Die Höhe des Corona-Pflegebonus beträgt

1. 550 Euro für Beschäftigte, die Leistungen nach diesem Buch oder im ambulanten Bereich nach dem Fünften Buch durch die direkte Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen,
2. 370 Euro für andere Beschäftigte, die in einem Umfang von mindestens 25 Prozent ihrer Arbeitszeit gemeinsam mit Pflegebedürftigen tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig sind,
3. 60 Euro für Freiwillige im Sinne von § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne von § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr und
4. 190 Euro für alle Beschäftigten, die nicht unter die Nummern 1 bis 3 fallen.

(3) ¹Den folgenden Auszubildenden, die mit einer zugelassenen Pflegeeinrichtung einen Ausbildungsvertrag geschlossen haben oder im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung zur Durchführung der praktischen Ausbildung tätig waren, ist ein Corona-Pflegebonus in Höhe von 330 Euro zu zahlen:

1. Auszubildenden zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 58 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes,
2. Auszubildenden zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 66 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes,
3. Auszubildenden zur Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufgesetzes,
4. Auszubildenden zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes,
5. Auszubildenden zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufgesetzes oder
6. Auszubildenden zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann nach dem Pflegeberufgesetz.

²Satz 1 gilt entsprechend für Auszubildende in landesrechtlich geregelten Assistenz- oder Helferausbildungen in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer.

(4) ¹An Beschäftigte, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren und in dieser Zeit ganz oder teilweise in Teilzeit gearbeitet haben, ist die der Corona-Pflegebonus anteilig im Verhältnis zu den in Absatz 2 Satz 1 genannten Höhen zu zahlen. ²Der jeweilige Anteil entspricht dem Anteil der von ihnen wöchentlich durchschnittlich in dem Bemessungszeitraum tatsächlich geleisteten Stunden im Verhältnis zur regelmäßigen Wochenar-

beitszeit der bei derselben Pflegeeinrichtung Vollzeitbeschäftigten, mindestens jedoch dem Anteil der mit ihnen vertraglich vereinbarten durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Verhältnis zur regelmäßigen Wochenarbeitszeit der bei der Pflegeeinrichtung Vollzeitbeschäftigten.³ Abweichend von Satz 1 ist die der Corona-Pflegebonus nach Absatz 2 ungekürzt an Teilzeitbeschäftigte zu zahlen, wenn sie im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren und ihre wöchentliche tatsächliche oder vertragliche Arbeitszeit in diesem Zeitraum 35 Stunden oder mehr betrug.

(5) Die folgenden Unterbrechungen der Tätigkeit im Bemessungszeitraum sind für die Berechnung des dreimonatigen Zeitraums, in dem die Beschäftigten im Bemessungszeitraum mindestens in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig sein müssen, unbeachtlich:

1. Unterbrechungen von bis zu 14 Kalendertagen,
2. Unterbrechungen auf Grund einer COVID-19-Erkrankung,
3. Unterbrechungen auf Grund von Quarantänemaßnahmen,
4. Unterbrechungen auf Grund eines Arbeitsunfalls oder
5. Unterbrechungen wegen Erholungsurlaubs.

(6) ¹Soweit Beschäftigte einer Pflegeeinrichtung im Bemessungszeitraum ganz oder teilweise in Kurzarbeit gearbeitet haben, sind für die Bemessung der diesen Beschäftigten jeweils zustehenden der Corona-Pflegebonus die von ihnen wöchentlich durchschnittlich im Bemessungszeitraum tatsächlich geleisteten Stunden maßgeblich. ²Absatz 4 gilt im Übrigen entsprechend.

(7) ¹Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 erhalten im Wege der Vorauszahlung von der sozialen Pflegeversicherung den Betrag erstattet, den sie für die Auszahlung der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni benötigen. ²Die in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni können nicht nach § 150 Absatz 2 erstattet werden. ³Auch wenn ein nach Absatz 9 erhöhter Corona-Pflegebonus als Sonderleistung gezahlt wird oder wenn von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen an ihre Beschäftigten vergleichbare Sonderleistungen gezahlt werden, können die gezahlten Beträge nicht nach § 150 Absatz 2 erstattet werden. ⁴Sonderleistungen nach Satz 3 sind bei der Bemessung der Pflegevergütung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. ⁵Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 melden den Pflegekassen den Betrag, den sie für die Auszahlung der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni benötigen, bis spätestens 31. Juli 2022. ⁶Die Pflegekassen stellen sicher, dass alle Pflegeeinrichtungen und alle Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 diesen Betrag von der sozialen Pflegeversicherung bis spätestens 30. September 2022 für die Beschäftigten und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2 erhalten. ⁷Für Auszubildende nach Absatz 3 muss die Meldung nach Satz 5 spätestens am 30. September 2022 und die Auszahlung nach Satz 6 bis spätestens zum 31. Oktober 2022 erfolgen. ⁸Der Bund zahlt zur Refinanzierung der durch die Pflegekassen an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 gezahlten Vorauszahlungen bis zum 1. September 2022 einen Betrag in Höhe von 500 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds. ⁹Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 haben den Pflegekassen bis spätestens 15. Februar 2023 die tatsächliche Auszahlungssumme der Corona-Pflegeboni sowie die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger anzuzeigen. ¹⁰Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen und geeigneten Verbänden der Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 auf Bundesebene unverzüglich das Nähere für das Verfahren einschließlich angemessener Möglichkeiten zur Prüfung, Rückforderung und Aufrechnung durch die Pflegekassen sowie der Information der Beschäftigten und

Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2 über ihren Anspruch fest. ¹¹Die Verfahrensregelungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(8) ¹Die Auszahlung des jeweiligen Corona-Pflegebonus an die jeweiligen Beschäftigten erfolgt durch die zugelassene Pflegeeinrichtung oder den Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2, bei der oder dem die Beschäftigten am 30. Juni 2022 beschäftigt sind; die Auszahlung hat unverzüglich nach Erhalt der Vorauszahlung nach Absatz 7, spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung, jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2022 zu erfolgen. ²Sie ist den Beschäftigten in der gesamten ihnen nach den Absätzen 2 bis 4 und 6 zustehenden Höhe in Geld über das Arbeitsentgelt und sonstige Bezüge hinaus auszus zahlen. ³Eine Aufrechnung mit Ansprüchen der Pflegeeinrichtung oder der Arbeitgeber nach Absatz 1 Satz 2 gegen den Beschäftigten oder Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2 ist ausgeschlossen. ⁴Die Corona-Pflegebonus ist unpfändbar. ⁵Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für die Auszahlungsvergütung sowie für das Taschengeld für Freiwillige im Sinne des § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und für Freiwillige im Sinne des § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr.

(9) ¹Der Corona-Pflegebonus kann durch die Länder und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen über die in den Absätzen 2 bis 6 genannten Höchstbeträge hinaus für alle Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen erhöht werden. ²Gleiches gilt für die Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2. ³Die Länder regeln ihr Verfahren. ⁴Sie können sich dabei an den Verfahrensregelungen dieser Vorschrift, insbesondere an den genannten Fristen, orientieren. ⁵Sofern ein Land den Corona-Pflegebonus nach Satz 1 erhöht, kann es das Verfahren einschließlich der Auszahlung als Sonderleistung über die im jeweiligen Land zuständigen Pflegekassen durchführen, wenn es ihnen die Verwaltungskosten hierfür erstattet. ⁶In diesem Fall sind die im Land zuständigen Pflegekassen dazu verpflichtet, das Verfahren einschließlich der Auszahlung dieser Sonderleistung an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen zusammen mit dem Corona-Pflegebonus für das Land durchzuführen und hierfür ein geeignetes Verfahren vorzusehen.

§ 150b Nichtanrechnung von Arbeitstagen mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld, Betriebshilfe oder Kostenerstattung gemäß § 150 Absatz 5d

Die Arbeitstage, für die Pflegeunterstützungsgeld im Geltungszeitraum von § 150 Absatz 5d Satz 1, Betriebshilfe im Geltungszeitraum von § 150 Absatz 5d Satz 2 oder Kostenerstattung im Geltungszeitraum von § 150 Absatz 5d Satz 3 in Anspruch genommen worden ist, werden auf die Arbeitstage, für die Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3, Betriebshilfe gemäß § 44a Absatz 6 Satz 1 oder Kostenerstattung gemäß § 44a Absatz 6 Satz 3 in Anspruch genommen werden kann, nicht angerechnet.

§ 150c Sonderleistungen für zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Aufgaben nach § 35 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes

(1) ¹Die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2023 monatliche Sonderleistungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 zu zahlen. ²Sie haben die nach § 35 Absatz 1 Satz 6 des Infektionsschutzgesetzes in der Einrichtung benannten Personen gegenüber den Pflegekassen zu melden.

(2) ¹Anspruch auf eine Sonderleistung nach Absatz 1 haben die in den zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigten Personen mit Aus-

nahme der Leitung der Einrichtung, die nach § 35 Absatz 1 Satz 6 des Infektionsschutzgesetzes benannt und gegenüber den Pflegekassen gemeldet sind. ²Die Höhe der Sonderleistung beträgt je Pflegeeinrichtung und Monat insgesamt

1. bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen 500 Euro,
2. bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen 750 Euro,
3. bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 80 Plätzen 1000 Euro.

(3) Sofern mehrere Personen anspruchsberechtigt sind, ist die Sonderleistung von der jeweiligen Pflegeeinrichtung entsprechend aufzuteilen.

(4) ¹Die Sonderleistung nach Absatz 1 ist von den Pflegekassen monatlich im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2023 an die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen zu zahlen; sie wird zum 15. eines jeden Monats und erstmalig am 15. November 2022 fällig. ²Die Auszahlung an die betreffende Einrichtung erfolgt einheitlich über eine Pflegekasse vor Ort. ³Die Meldung nach Absatz 1 Satz 2 hat bis zum 31. Oktober 2022 zu erfolgen. ⁴Sofern sie nicht rechtzeitig erfolgt, wird die Zahlung der Sonderleistung erst zum 15. des Folgemonats des Tages der Meldung nach Absatz 1 Satz 2 rückwirkend bis zu diesem Tag aufgenommen. ⁵Die Pflegeeinrichtungen haben den Pflegekassen nach dem 30. April 2023 bis spätestens zum 30. Juni 2023 die tatsächliche Auszahlungssumme der Sonderleistungen sowie die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger anzuzeigen. ⁶Die Landesverbände der Pflegekassen stellen insgesamt die sachgerechte Verfahrensbearbeitung einschließlich angemessener Möglichkeiten zur Prüfung, Rückforderung und Aufrechnung durch die Pflegekassen sicher.

(5) ¹Die Auszahlung der Sonderleistung nach Absatz 1 erfolgt spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung. ²Die Sonderleistung ist den Beschäftigten in der ihnen nach Absatz 2 Satz 2 zustehenden Höhe in Geld über das Arbeitsentgelt und sonstige Bezüge hinaus auszuzahlen. ³Eine Aufrechnung mit Ansprüchen der Pflegeeinrichtung gegen den Beschäftigten ist ausgeschlossen. ⁴Die Sonderleistung ist unpfändbar.

(6) ¹Aus finanziellen Mitteln des Ausgleichsfonds wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2023 ein monatlicher Förderbetrag in Höhe von 250 Euro für jede zugelassene voll- oder teilstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um die Umsetzung der Aufgaben im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 des Infektionsschutzgesetzes sachgerecht zu unterstützen. ²Sofern die Pflegeeinrichtungen keine Meldungen nach Absatz 1 Satz 2 durchgeführt haben, erhalten sie auch keine finanziellen Mittel nach diesem Absatz. Absatz 4 findet entsprechend Anwendung.

§ 151 Qualitätsprüfungen nach § 114

Abweichend von § 114 Absatz 2 Satz 1 und 2 finden bis einschließlich 30. September 2020 keine Regelprüfungen statt.

§ 152 Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit kann nach einer erneuten Risikobeurteilung bei Fortbestehen oder erneutem Risiko für ein Infektionsgeschehen im Zusammenhang mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 den Befristungszeitraum der §§ 147 bis 151 jeweils durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates um jeweils bis zu einem halben Jahr verlängern.

§ 153 Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung

¹Wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung aufgrund pandemiebedingter Mehrausgaben absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll der Pflegekassen zu unterschreiten droht, gewährt der Bundeshaushalt der sozialen Pflegeversicherung in den Jahren 2021 bis einschließlich 2023 einen Zuschuss in erforderlicher Höhe (Bundeszuschuss). ²Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Nähere durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen.

Vierter Abschnitt. Maßnahmen zum Ausgleich außergewöhnlicher Kostenentwicklungen

§ 154 Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom

(1) ¹Zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten von den Pflegekassen für den Zeitraum Oktober 2022 bis einschließlich April 2024 für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Fernwärme und leitungsgebundenen Strom eine Erstattung der Differenz zwischen der abschlägigen Vorauszahlung für den Verbrauch des Monats März 2022 und der jeweiligen laufenden monatlichen abschlägigen Vorauszahlung für die genannten Verbrauchsgüter für den Betrieb der Pflegeeinrichtung (Ergänzungshilfe). ²Dabei sind für den jeweiligen Zeitraum an die Einrichtungen gewährte öffentliche Zuschüsse oder andere Unterstützungsmaßnahmen mit gleicher Zielsetzung vom Erstattungsbetrag nach Satz 1 abzuziehen. ³Der Nachweis der nach Satz 1 gemachten Angaben hat durch entsprechende Dokumente des Versorgers zu erfolgen. ⁴Sofern gewährte öffentliche Zuschüsse oder andere Unterstützungsmaßnahmen bei der Bestimmung der Erstattungsdifferenz nach Satz 1 zunächst nicht bekannt waren, sind diese unverzüglich gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen und im Verfahren nach Absatz 2 mindernd zu berücksichtigen. ⁵Bei voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die nach dem 31. März 2022 den Betrieb aufgenommen haben, wird die abschlägige Vorauszahlung angesetzt, die sich aufgrund des Neukundenpreises zum 15. Februar 2022 ergibt. ⁶Der Neukundenpreis nach Satz 5 ist den zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen von den Versorgern verpflichtend mitzuteilen.

(2) ¹Die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen haben die nach Absatz 1 notwendigen Angaben an die Pflegekassen jeweils bis zum 15. des Folgemonats zu übermitteln. ²Die Ergänzungshilfe kann ausschließlich für den Vormonat, bei erstmaliger Beantragung auch rückwirkend für die zurückliegenden Monate Oktober 2022 bis Februar 2023 geltend gemacht werden. ³Die erstmalige Einreichung der Angaben durch die Pflegeeinrichtungen hat spätestens 15 Tage nach Vorliegen der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 3 zu erfolgen. ⁴Die letztmalige Einreichung jeglicher Nachweise für beantragte Ergänzungshilfen muss bis zum 30. August 2024 erfolgen. ⁵Der sich auf der Basis von Nachweisen ergebende Erstattungsbetrag ist jeweils spätestens vier Wochen nach Eingang aller nötigen Angaben auszuzahlen. ⁶Solange sich die Höhe der monatlichen abschlägigen Vorauszahlung oder die Höhe von gewährten öffentlichen Zuschüssen oder anderen Unterstützungsmaßnahmen nicht ändert, wird der Erstattungsbetrag auch für die Folgemonate gewährt. ⁷Bei Änderungen ist den Pflegekassen die neue abschlägige Vorauszahlung oder die geänderte Höhe gewährter öffentlicher Zuschüsse oder anderer Unterstützungsmaßnahmen mitzuteilen.

len.⁸ Nachzahlungen, die sich aus den jeweiligen Jahresabrechnungen der Versorger für den in Absatz 1 Satz 1 genannten Zeitraum ergeben, können die Pflegeeinrichtungen zusätzlich geltend machen.⁹ Rückzahlungen, die sich aus den jeweiligen Jahresabrechnungen der Versorger für den in Absatz 1 Satz 1 genannten Zeitraum ergeben, sind an die Pflegekassen weiterzuleiten.¹⁰ Die Jahresabrechnungen der Versorger für den in Absatz 1 Satz 1 genannten Zeitraum haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegekassen unverzüglich nach Erhalt vorzulegen.¹¹ Sofern die jeweiligen Jahresabrechnungen der Versorger für den in Absatz 1 Satz 1 genannten Zeitraum den Leistungserbringern bis zum 30. August 2024 noch nicht vorliegen, sind diese abweichend von Satz 4 bis zum 31. Dezember 2025 bei den Pflegekassen nachzureichen.¹² Nachzahlungen nach Satz 8 oder Rückzahlungen nach Satz 9, die jeweils nach Satz 11 geltend gemacht werden, erfolgen zu Lasten oder zu Gunsten der sozialen Pflegeversicherung.¹³ Jahresabrechnungen, die nicht oder nach dem 31. Dezember 2025 bei den Pflegekassen eingereicht werden, führen zu einer Kürzung ausgezahlter Ergänzungshilfen der Pflegeeinrichtungen um 20 Prozent für den betreffenden Zeitraum.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich in Richtlinien das Nähere zum Zahlungsverfahren sowie zur Meldung nach Absatz 4 Satz 4 fest. ²Hierbei ist auch jeweils eine für die Auszahlung zuständige Pflegekasse zu bestimmen. ³Das Bundesamt für Soziale Sicherung ist an den Richtlinien nach Satz 1 zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(4) ¹Die ausgezahlten Beträge werden den Pflegekassen im Verfahren des monatlichen Ausgleichs nach § 67 vom Bundesamt für Soziale Sicherung erstattet. ²Der Bund zahlt zur Refinanzierung der durch die Pflegekassen an die zugelassenen vollund teilstationären Pflegeeinrichtungen geleisteten Ergänzungshilfen und erstatteten Energieberatungskosten in den Jahren 2023 und 2024 insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro an den Ausgleichsfonds. ³Der Bund zahlt die Mittel in Höhe von 1,5 Milliarden Euro für das Jahr 2023 bis zum 6. Januar 2023 und Mittel in Höhe von 500 Millionen Euro für das Jahr 2024 bis zum 29. Dezember 2023 an den Ausgleichsfonds. ⁴Die Pflegekassen melden monatlich bis zum 10. die Summe der im Vormonat an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen geleisteten Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Energiekosten sowie die Summe der im Vormonat an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen geleisteten Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. ⁵Dieser leitet die Angaben gesammelt innerhalb von zehn Tagen an das Bundesamt für Soziale Sicherung weiter. ⁶2023 nicht verausgabte Mittel des Bundes sind in das Jahr 2024 übertragbar. ⁷2024 nicht verausgabte Mittel fließen bis zum Jahresende 2024 an den Bundeshaushalt zurück.

(5) ¹Für den Zeitraum der Inanspruchnahme der Ergänzungshilfen nach Absatz 1 besteht kein Anspruch auf prospektive Berücksichtigung gestiegener Aufwendungen für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Fernwärme und leitungsgebundenen Strom bei der Bemessung und Vereinbarung der Pflegevergütung nach § 85 sowie der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87. ²§ 82 Absatz 5 findet mit der Maßgabe Anwendung, dass die Pflegekassen als Partei der Pflegesatzvereinbarung verpflichtet sind, mit den weiteren Parteien die Voraussetzungen für den Abschluss einer entsprechenden Ergänzungsvereinbarung zu prüfen; besteht ein Bedarf für eine Ergänzungsvereinbarung, so ist diese innerhalb von acht Wochen nach Erhalt der Angaben nach Absatz 2 Satz 1 abzuschließen. ³Dabei sind Doppelfinanzierungen für zurückliegende Zeiträume in der prospektiv ausgerichteten Ergänzungsvereinbarung mit zu berücksichtigen. ⁴Die Pflegesatzkommissionen nach § 86 sowie vergleichbare landesspezifische Vertragsgremien der Selbstverwaltung können

sich auf Verfahren für die Umsetzung verständigen. ⁵Die Pflegeeinrichtungen haben den Pflegekassen die Umsetzung der Ergänzungsvereinbarung nachzuweisen.

(6) ¹Zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, die einen Erstattungsbetrag nach Absatz 1 erhalten, werden verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2023 eine Energieberatung durch einen Gebäudeenergieberater durchführen zu lassen. ²Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Pflegekassen einen Nachweis über die erfolgte Beratung und die konkreten Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlungen zu übermitteln. ³Wird der Nachweis bis zum 15. Januar 2024 nicht an die Pflegekassen übermittelt, wird der ausgezahlte Erstattungsbetrag für die Monate Januar 2024 bis einschließlich April 2024 um jeweils 20 Prozent gekürzt. ⁴Die Kosten der Energieberatung nach Satz 1, die zwischen dem 1. Dezember 2022 und dem 31. Dezember 2023 durchgeführt worden ist, sind mit Vorlage der Rechnung als Kostennachweis bis zum 30. August 2024 im Zuge der nach Absatz 1 Satz 1 geleisteten Ergänzungshilfe bei Einrichtungen mit bis zu 60 Plätzen bis zu einer Höhe von 4000 Euro, bei Einrichtungen mit bis zu 150 Plätzen bis zu einer Höhe von 6000 Euro und bei Einrichtungen mit mehr als 150 Plätzen bis zu einer Höhe von 7500 Euro erstattungsfähig, sofern diese Kosten nicht aus anderen Fördermitteln finanziert werden. ⁵Der sich nach diesem Absatz ergebende Erstattungsbetrag ist jeweils spätestens vier Wochen nach Eingang aller nötigen Angaben auszuzahlen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Abschnitts insbesondere auf die Entwicklung der Heimentgelte und legt hierzu bis zum 29. November 2024 einen entsprechenden Bericht vor.

Einleitung

Übersicht

	Rn.
I. Ziele und Aufgaben der Pflegeversicherung	1
II. Aufbau und Systematik des SGB XI	2
III. Soziale und private Pflegeversicherung im SGB XI	5
IV. Vorrang der häuslichen Pflege und Vorrang von Prävention und Rehabilitation	6
V. Verfassungsrechtliche Aspekte	9
VI. Verwaltungsverfahren und allgemeine Rechtsgrundlagen	10
VII. Rechtsschutz	11
VIII. Stellung der Pflegeversicherung im System der sozialen Sicherheit ..	12
1. Pflegeleistungen in anderen Sozialleistungsbereichen	12
2. Pflegeleistungen nach §§ 53 ff. SGB V aF	14
3. Abgrenzung der Leistungspflicht von GKV und sozialer Pflegeversicherung	15
IX. Änderungen des SGB XI	17
1. Die ersten zwanzig Jahre Pflegeversicherung	17
2. Drei Pflegestärkungsgesetze ab 2014	29
3. Reformen von 2018 bis 2022	34
X. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff	40

I. Ziele und Aufgaben der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung, geregelt im SGB XI, deckt das Risiko der Pflegebedürftigkeit nur partiell ab. Das SGB XI regelt die gesamte Pflegeversicherung, die aus der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegeversicherung besteht. Die soziale Pflegeversicherung wurde als weiterer Zweig der Sozialversicherung neben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) konzipiert. Das SGB XI verwendet bewusst nicht den Terminus „gesetzliche Pflegeversicherung“, weil auch die private Pflegeversicherung, soweit sie im SGB XI in den §§ 23, 110 f.¹ geregelt ist, eine Pflichtversicherung ist. Nicht hierunter fallen private Pflege-Zusatzversicherungen, deren Zustandekommen durch die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG, vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) eingeführte Pflegevorsorgezulage (§§ 126–130) gefördert werden soll.

Der Eintritt des Versicherungsfalls und zumeist auch die Höhe der Leistungen waren unter Geltung des ursprünglichen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der bis zum 31.12.2016 maßgebend war, davon abhängig, dass bei bestimmten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft), ein Hilfebedarf in einem vom Gesetzgeber mehr oder weniger willkürlich festgesetzten Ausmaß bestand. Ein Hilfebedarf bei anderen, im Gesetz nicht aufgeführten Verrichtungen oder jenseits von Verrichtungen in anderen Lebensbereichen wurde vom Versicherungsschutz nicht erfasst; erreichte der Hilfebedarf bei den maßgebenden Verrichtungen nicht das im Gesetz vorgesehene Ausmaß, so kam die Feststellung von Pflegebedürftigkeit nicht in Betracht. Seit dem am 1.1.2002 in Kraft getretenen PfEG entwickelte der Gesetzgeber für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a aF) ein eigenständiges Leistungssystem auf zunächst niedri-

¹ §§ ohne Gesetzesangabe sind solche des SGB XI.

gem Niveau (§ 45b aF), vgl. hierzu → Rn. 21 ff. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) wurde nach langjähriger Vorarbeit mWv 1.1.2017 ein neuer, umfassender Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der einen grundlegenden Paradigmenwechsel bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit enthält und auch die Systematik der Leistungsabstufungen grundlegend ändert (vgl. → Rn. 30 ff.).

- 1b Die Pflegeversicherung hat viel stärker als die anderen Zweige der Sozialversicherung innerhalb des von ihr abzudeckenden Risikobereichs lediglich eine ergänzende Funktion. Die Funktion der Pflegeversicherung wird im SGB XI erst in § 4 Abs. 2 deutlich: Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzen; bei stationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von pflegebedingten Aufwendungen entlastet; die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung haben sie dagegen selbst zu tragen. Dass die **Pflegeversicherung** lediglich eine **ergänzende Funktion** hat, wird auch aus den Vorschriften über ihre Finanzierung deutlich (insbesondere §§ 54, 55). Die Höhe des Beitrages richtet sich nicht wie in den anderen Sozialversicherungszweigen nach dem Finanzierungsbedarf für die Gesamtheit gesetzlich festgelegter Leistungen. Das Gesetz setzt vielmehr selbst die Höhe des Beitrages bis auf die Stelle hinter dem Komma genau fest, obwohl das gesamte Leistungsvolumen im Vorhinein nicht zu ermitteln war. Trotz einer kontinuierlich gestiegenen Zahl an Leistungsberechtigten ist der Beitragssatz von 1,7 % seit dem Inkrafttreten des Gesetzes bis Mitte 2008 beibehalten worden. Seit Beginn des Jahres 2005 ist der Beitrag für kinderlose Mitglieder nach Vollendung des 23. Lebensjahres um einen Beitragszuschlag von 0,25 Prozentpunkten erhöht worden (§ 55 Abs. 3); ab 1.1.2017 betrug der für alle Versicherten geltende Beitrag, ohne den Zuschlag für Kinderlose 2,55 %. Ab dem 1.1.2022 lag er bei 3,05 %; der Zuschlag für Kinderlose betrug 0,35 %. Ab dem 1.7.2023 beträgt der allgemeine Beitragssatz 3,4°% (der Beitragssatz für Eltern ist vom zweiten bis fünften Kind um jeweils 0,15°% geringer), der Beitragssatz für Kinderlose beträgt 4°%.

II. Aufbau und Systematik des SGB XI

- 2 Nach den einleitenden allgemeinen Vorschriften des Ersten Kapitels (§§ 1–13), die – mit Ausnahme des im PflegeWEG neu eingefügten umfassenden Anspruchs auf Pflegeberatung (§ 7a) – weitgehend ohne unmittelbaren normativen Gehalt sind, enthält das Zweite Kapitel mit den §§ 14 und 15, in denen der **Begriff und die Stufen der Pflegebedürftigkeit** geregelt sind, das Kernstück des Leistungsrechts, das nicht nur für die soziale Pflegeversicherung, sondern über § 23 Abs. 6 Nr. 1 auch für die private Pflegeversicherung verbindlich ist. Die Zuordnung zu einem der in § 15 festgelegten Pflegegrade ist maßgebend für den Anspruch auf eine der in §§ 28, 28a sowie 36 ff. im Einzelnen beschriebenen Leistungen. Der Pflegebedürftige kann zwischen häuslicher und stationärer Pflege wählen. In der sozialen Pflegeversicherung wird die häusliche Pflege entweder als Sachleistung von der Pflegekasse zur Verfügung gestellt (§ 36) oder sie wird vom Pflegebedürftigen selbst organisiert und er erhält anstelle der Sachleistung ein Pflegegeld (§ 37); beide Leistungsarten können kombiniert werden. Leistungen für dauerhafte stationäre Pflege werden seit dem 1.7.1996 gewährt (§ 43 iVm Art. 69 PflegeVG); für teilstationäre und kurzzeitige vollstationäre Pflege dagegen, wie auch die Leistungen bei häuslicher Pflege, seit dem 1.4.1995 (Art. 68 Abs. 2 PflegeVG). Von grundlegender Bedeutung ist die **Begrenzung der Höhe** bei grundsätzlich allen Leistungen der Pflegeversicherung (Ausnahmen nur in Randbereichen wie Pflegehilfsmittel und Pflegekurse). Der **Leistungsumfang** richtet sich zwar bei den meisten Leistungsarten nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (bis Ende 2016: der Pflegestufe). Der Bedarf an Pflegeleistung-

gen spielt jedoch nur innerhalb des in den §§ 36 ff. festgelegten Rahmens eine Rolle. Ein weitergehender Bedarf muss vom Pflegebedürftigen aus eigenen Mitteln oder durch die Sozialhilfe (vgl. §§ 61–66 SGB XII) finanziert werden.

Soweit die soziale Pflegeversicherung **Pflege als Sachleistung** gewährt, verschafft sie dem Pflegebedürftigen die entsprechenden Leistungen durch **Pflegeeinrichtungen**, die zur Versorgung der Versicherten zugelassen sind. Die Rechtsbeziehungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sind im Siebten Kapitel (§§ 69–81), die Vergütung der Leistungserbringer im Achten Kapitel (§§ 82–92) geregelt. Das **Leistungserbringerrecht** ist nur für die soziale Pflegeversicherung von Bedeutung; die private Pflegeversicherung erbringt ihre Leistungen in der Form der Kostenerstattung. Im Bereich der sozialen Pflegeversicherung dürfen Pflegeleistungen nur durch **zugelassene Pflegeeinrichtungen** erbracht werden; die Zulassung erfolgt durch öffentlich-rechtlichen Versorgungsvertrag (§ 72). Die Rechtsbeziehungen zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern werden, ähnlich wie im Recht der GKV, durch **Rahmenvereinbarungen** geprägt (zB § 75), die vornehmlich von den Landesverbänden der Pflegekassen und den auf Landesebene tätigen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Zusammenwirken mit anderen für die Abwicklung der Pflege zuständigen Einrichtungen (vor allem den Sozialhilfeträgern) abgeschlossen werden. Kommen Vereinbarungen nicht zustande, können sie durch **Festsetzungen einer Schiedsstelle** ersetzt werden (§ 75 Abs. 3); subsidiär können wesentliche Fragen (Vergütung, Leistungsinhalt, Rechnungs- und Buchführung, personelle Ausstattung) durch Rechtsverordnung geregelt werden (§ 83).

Die Pflegeversicherung begründet für nahezu die gesamte Bevölkerung **Versicherungspflicht** (Drittes Kapitel §§ 20–27). Der Gesetzgeber hat allein wegen eines sonst drohenden übermäßigen organisatorischen Aufwandes davon abgesehen, alle Personen mit Wohnsitz oder ständigem Aufenthalt im Bundesgebiet der Versicherungspflicht zu unterwerfen. Um diesem Ziel jedoch möglichst weitgehend nahezukommen, wurde die Versicherungspflicht an den **Krankenversicherungs-Schutz** geknüpft: die Mitglieder der GKV sind in der sozialen Pflegeversicherung verpflichtend (§ 20); hinzukommen Empfänger von Gesundheitsleistungen aus öffentlichen Kassen (§ 21). Privat Krankenversicherte sind zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet (§ 23). Ehegatten und Kinder eines Mitglieds der sozialen Pflegeversicherung sind unter den Voraussetzungen von § 25 familienversichert. Ein sehr kleiner Kreis von Personen, der weder gesetzlich noch privat krankenversichert ist, sollte nach der ursprünglichen Konzeption des Gesetzes keine Möglichkeit haben, Versicherungsschutz nach dem SGB XI zu erwerben, weil ein freiwilliger Beitritt grundsätzlich ausgeschlossen sein sollte. Dies hat das BVerfG korrigiert und zumindest für eine Übergangszeit eine Beitrittsmöglichkeit geschaffen (BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 81/98, BVerfGE 103, 225 = NJW 2001, 1716; vgl. hierzu § 26a). **Träger der sozialen Pflegeversicherung** sind die Pflegekassen, die bei jeder Krankenkasse errichtet sind (zum Organisationsrecht vgl. das Fünfte Kapitel §§ 46–53).

Das im Sechsten Kapitel (§§ 54–68) geregelte **Beitragsrecht**, das allein für die soziale Pflegeversicherung gilt, entspricht in weiten Bereichen dem Beitragsrecht der GKV. Die §§ 66 ff. sehen allerdings einen umfassenden Finanzausgleich vor; die Pflegekassen tragen die Leistungsaufwendungen entsprechend dem Verhältnis der Beitragseinnahmen gemeinsam (§ 66). § 110 enthält auch für die private Pflegeversicherung Regelungen zur **Prämiengestaltung**, die die Vertragsfreiheit der privaten Versicherungsunternehmen erheblich einschränken. Die privaten Versicherungsunternehmen, die sich an der privaten Pflegeversicherung beteiligen, sind zudem verpflichtet, sich an einem Ausgleichssystem zu beteiligen, durch das unterschiedliche Belastungen der Unternehmen durch die Pflegeversicherung ausgeglichen werden sollen (§ 111). Das Neunte Kapitel (§§ 93–109) enthält Vorschriften zum Daten-

schutz und zur Statistik. In die §§ 112–120 wurden Regelungen zur Qualitätssicherung und zum Schutz der Pflegebedürftigen ausgegliedert, die sich ursprünglich in wesentlich geringerem Umfang in den §§ 80, 80a befanden. Die §§ 123, 124 enthielten idF des PNG und PSG I Leistungsverbesserungen, die übergangsweise (bis zu einem Inkrafttreten eines umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs) eingeführt wurden. Mit dem PSG II sind sie zugunsten eines einheitlichen Leistungssystems aufgehoben worden. Mit dem PNG wurden zugleich Vorschriften zur Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge (§§ 126–130) eingefügt. Schließlich wurde mit dem 1. Pflegestärkungsgesetz in den §§ 131–139 die Bildung eines Pflegevorsorgefonds geregelt, um angesichts der absehbaren demographischen Entwicklung einer Überforderung zukünftiger Beitragszahler vorzubeugen. Mit dem PSG III wurden in die §§ 123, 124 Regelungen zur Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen eingefügt. Die §§ 140–146 enthalten Überleitungs- und Übergangsvorschriften zum Übergang vom alten zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (vgl. → Rn. 30). Die §§ 147 ff. regeln Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der Corona-Pandemie.

III. Soziale und private Pflegeversicherung im SGB XI

- 5 Die Vorschriften des SGB XI lassen häufig nicht ohne Weiteres erkennen, ob sie nur für die soziale Pflegeversicherung oder auch für die private Pflegeversicherung gelten. Grundsätzlich wird eine Geltung für den Bereich der privaten Pflegeversicherung jeweils besonders erwähnt. Soweit dies nicht der Fall ist, beziehen sich die Regelungen zumeist allein auf die soziale Pflegeversicherung. Dies gilt allerdings nicht für die einleitenden Vorschriften des Ersten Kapitels, deren Programmsätze auch in Bezug auf die private Pflegeversicherung von Bedeutung sein können (zB §§ 2 und 6). Über § 23 Abs. 1 S. 2 und § 23 Abs. 6 Nr. 1 sind die Vorschriften über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem Pflegegrad (§§ 14–18 einschließlich der Pflegebedürftigkeits-RL) sowie über Art und Umfang der Leistungen (§§ 36 ff.) auch für die private Pflegepflichtversicherung verbindlich.

IV. Vorrang der häuslichen Pflege und Vorrang von Prävention und Rehabilitation

- 6 Vor allem aus der Erkenntnis, dass die Finanzierbarkeit von Pflege nur durch Einbeziehung familiärer und anderer ehrenamtlicher Strukturen auf Dauer finanzierbar sein wird, räumt das Gesetz der häuslichen Pflege Priorität ein (§ 3) und betont hierbei gleichzeitig die Eigenverantwortung des Versicherten. Durch finanzielle Anreize sollen Familienangehörige, Nachbarn und Bekannte des Pflegebedürftigen motiviert werden, die Pflege im häuslichen Umfeld durchzuführen und den Pflegebedürftigen nicht in das Pflegeheim „abzuschieben“. Die im häuslichen Bereich pflegenden ehrenamtlichen („nicht erwerbsmäßig tätigen“ – § 19) Pflegepersonen haben eigene Ansprüche auf soziale Sicherung und Qualifizierungsmaßnahmen (§§ 44, 45) sowie seit dem 1.7.2008 auch auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung während einer pflegebedingten Reduzierung der Arbeitszeit (sog. Pflegezeit, § 44a); mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (vom 23.12.2014, BGBl. I 2462) wurde mWv 1.1.2015 ein zeitlich begrenzter Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) hinzugefügt. Im PflWG hat der Gesetzgeber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzlich die Pflicht auferlegt, ehrenamtliche Strukturen, das bürgerschaftliche Engagement und Selbsthilfeorganisationen aus Beitragsmitteln finanziell zu fördern (§ 45d).

Zugleich wurden Pflegekassen und private Pflegeversicherungsunternehmen verpflichtet, die von Pflegebedürftigkeit Betroffenen und ihre Angehörigen umfassend über alle in Betracht kommenden Ansprüche zu beraten; auch soweit diese gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bestehen. Um dieses Ziel angesichts vielfältiger Zuständigkeiten der Bundesländer im Bereich der Langzeitpflege („long term care“) möglichst effektiv erreichen zu können, sollen (nach § 7c) Pflegestützpunkte eingerichtet werden, die insbesondere professionelle und ehrenamtliche Aktivitäten koordinieren und die Betroffenen im Hinblick auf Leistungsansprüche aus unterschiedlichen Sozialleistungssystemen (Pflege- und Krankenversicherung sowie Sozialhilfe) sowie bei der Auswahl von Leistungserbringern beraten sollen (zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte vgl. BR-Drs. 718/07, 176 ff., insbes. e BR-Drs. 718/07, 181–183, zu § 92c).

Die Pflegeversicherung ist von daher in erster Linie ein System zur Organisation von Langzeitpflege und zur langfristigen Begrenzung von Pflegekosten. Erst nach dem Inkrafttreten des PflegeVG hat sich der Gesetzgeber, aufgeschreckt durch Berichte in den Medien über Pflegemissstände, verstärkt der Qualitätssicherung der Pflege zugewandt (§§ 80 f. aF sowie 112 ff.). Um auf die Kosten für die stationäre Pflege und die häusliche Pflege durch professionelle Pflegedienste dämpfend Einfluss nehmen zu können, bedurfte es zusätzlich eines Regelungsinstrumentariums – vergleichbar dem Leistungserbringerrecht in der GKV und dem Pflegesatzrecht im Krankenhausbereich. Der Erreichung dieses Ziels dienen die Vorschriften des Siebten und Achten Kapitels des SGB XI.

Pflegebedürftigkeit soll zudem durch den vorrangigen Einsatz **präventiver oder rehabilitativer Maßnahmen** verhindert werden (§ 5). Das SGB XI enthält insoweit allerdings einen folgenschweren Konstruktionsfehler. Denn vorrangige Leistungsträger für Prävention und Rehabilitation sind nicht die Pflege-, sondern die Krankenkassen (§ 11 SGB V). Letzteren entstehen Aufwendungen für präventive bzw. rehabilitative Maßnahmen, während die hieraus resultierenden Einsparungen nicht den Kranken-, sondern den Pflegekassen zugutekommen. Der Gesetzgeber versucht den fehlenden finanziellen Anreiz durch eine Verpflichtung der Gutachter des MDK zu kompensieren, bei der Pflegebegutachtung (§ 18) auch den Präventions- und Rehabilitationsbedarf festzustellen (§ 18 Abs. 1 S. 3, Abs. 6). Mit dem PflWEG hat der Gesetzgeber zudem ein neues Instrument eingeführt, das stationäre Pflegeeinrichtungen motivieren soll, Verringerungen des Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen anzustreben: Werden Pflegebedürftige während des Aufenthalts in einem Pflegeheim in einen niedrigeren Pflegegrad eingestuft, erhält das Pflegeheim einmalig einen Betrag in Höhe von 2.952 EUR. Mit einer Sanktion in Höhe von 3.072 EUR können diejenigen Krankenkassen belegt werden, die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung und Begutachtung keine notwendigen Leistungen der Rehabilitation erbringen (§ 40 Abs. 3 SGB V).

V. Verfassungsrechtliche Aspekte

Unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten sind vor allem die umfassende Versicherungspflicht und deren Ausgestaltung (Argument: fehlende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes, weil es sich nicht um Sozialversicherung handle), die anteilige Finanzierungspflicht der Arbeitgeber und die Beitragsbelastung von Familien mit Kindern umstritten (vgl. Kleemann, Verfassungsrechtliche Probleme der sozialen Pflegeversicherung und ihrer Finanzierung, 1998; Fuchsloch NZS 1996, 153). Zur Rechtfertigung der Einführung eines neuen Zwangssicherungssystems gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist im Gesetzgebungsverfahren eine Fülle von Gründen aufgeführt worden (vgl. BT-Drs. 12/5262, 61 ff.). Der Gesetzgeber konnte vor allem darauf verweisen, dass Pflegebedürftigkeit zunehmend zu einem

allgemeinen Lebensrisiko geworden ist, bei dem private Vorsorge nicht ausreichend; was schon durch die Tatsache belegt wird, dass die an sich subsidiäre Sozialhilfe in erheblichem Umfang Pflegeleistungen zu erbringen hat und bei Einführung der Pflegeversicherung in der stationären Pflege gar ca. 80 % der Pflegebedürftigen auf eine Finanzierung durch den Sozialhilfeträger angewiesen waren. Angesichts der sich abzeichnenden demographischen Entwicklung schien die **Finanzierbarkeit von Pflegeleistungen** gefährdet. Um dieser Gefahr zu begegnen, sollen die Leistungen der Pflegeversicherung vor allem die im Vergleich zur stationären Pflege im Durchschnitt erheblich kostengünstigere häusliche Pflege in erster Linie durch ehrenamtliche Pflegepersonen aus der Familie, dem Freundeskreis oder der Nachbarschaft des Pflegebedürftigen fördern. Einer **Vorsorge auf freiwilliger privater Basis** steht beim Pflegeisiko vor allem die Tatsache entgegen, dass sich ein Bewusstsein für die Gefahr des Eintritts dieses Risikos typischerweise erst in fortgeschrittenem Lebensalter entwickelt. Die vor Einführung der Pflegeversicherung von der Privatversicherungswirtschaft angebotenen Möglichkeiten einer Absicherung des Pflegeisikos sind nur in minimalem Umfang genutzt worden. Das BVerfG (3.4.2001 – 1 BvR 1629/94, BVerfGE 103, 242 = NJW 2001, 1712) hat nahezu alle Einwände gegen die neugeschaffene Zwangsvorsorge zurückgewiesen; gesetzgeberischen Nachbesserungsbedarf hat es in erster Linie nur bei der Beitragsbelastung von Familien mit Kindern gesehen. Dies führte zur Einfügung von § 55 Abs. 3 und 4 mit einem Beitragszuschlag für Kinderlose nach Vollendung des 23. Lebensjahres. Durch die Erziehung von Kindern leisteten Eltern im Vergleich zu Kinderlosen einen zusätzlichen generativen Beitrag, der eine unterschiedliche Behandlung beim Beitrag für die Pflegeversicherung notwendig mache. In einer aktuellen Entscheidung (BVerfG 7.4.2022 – 1 BvL 3/18, NJW 2022, 2169, BeckRS 2022, 11336) hat es zudem die fehlende Differenzierung der Beitragshöhe nach der Kinderzahl als verfassungswidrig moniert (→ Rn. 34 ff.).

VI. Verwaltungsverfahren und allgemeine Rechtsgrundlagen

- 10 Soweit das SGB XI die soziale Pflegeversicherung als weiteren Zweig der Sozialversicherung regelt, sind ergänzend die Vorschriften des Allgemeinen Teils (SGB I) und die Gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV) heranzuziehen. Von Bedeutung sind insoweit vor allem die allgemeinen Vorschriften über Beratung und Aufklärung (§§ 13, 14 SGB I), Mitwirkungspflichten (§§ 60 ff. SGB I), Leistungen und Beiträge (§§ 19–28 SGB IV), Meldepflichten (§§ 28a ff. SGB IV) sowie die allgemeinen Grundsätze und Begriffsbestimmungen im ersten Abschnitt des SGB IV. Für das Verwaltungsverfahren gelten die Vorschriften des SGB X. Dies ergibt sich bereits aus § 1 Abs. 1 S. 1 SGB X; für die Pflegekassen ist die Anwendung der §§ 1–66 SGB X in § 46 Abs. 2 S. 4 SGB XI nochmals besonders angeordnet worden. Die Anwendbarkeit der datenschutzrechtlichen Vorschriften in SGB I (§ 35) und SGB X (§§ 67 ff.) ist in § 93 geregelt. Besonderheiten des Verwaltungsverfahrens der sozialen Pflegeversicherung finden sich in § 18. Für die private Pflegeversicherung gelten die Vorschriften des Verwaltungsverfahrensrechts im SGB X weder unmittelbar noch entsprechend (BSG 30.3.2000 – B 3 P 21/99 R, BSGE 86, 94 = SozR 3–3300 § 77 Nr. 3 = NZS 2001, 95).

VII. Rechtsschutz

- 11 § 51 Abs. 2 S. 2 SGG bestimmt, dass die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit auch über privatrechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der Zulassung von Trägern und Maßnahmen durch fachkundige Stellen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch

entscheiden; auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden. Die Rechtswegzuweisung zur Sozialgerichtsbarkeit umfasst **das gesamte SGB XI**, auch soweit es sich um bürgerlich-rechtliche Streitigkeiten handelt. Die Sozialgerichtsbarkeit ist danach nicht nur für **Streitigkeiten im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung** zuständig, in denen sich etwa ein Versicherter gegen Entscheidungen der Pflegekasse zur Versicherungspflicht, zum Beitrags- oder Leistungsrecht wendet oder für Auseinandersetzungen zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern (vgl. hierzu auch die Zuständigkeitsregelungen in §§ 73 Abs. 2 und 85 Abs. 5 S. 2), sondern auch bei Streitigkeiten um **Angelegenheiten der privaten Pflegeversicherung**, soweit der geltend gemachte Anspruch im SGB XI geregelt ist; hierzu zählt auch der gegen die zuständige Landesbehörde gerichtete Anspruch auf Zustimmung zur gesonderten Berechnung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen gem. § 82 Abs. 3 S. 3 (BSG 31.1.2000 – B 3 SF 1/99 R, NZS 2000, 523). Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist jedoch nicht gegeben für einen Rechtsstreit zwischen einem Pflegeheim und einem privaten Versicherungsunternehmen, dessen Versicherungsnehmer in dem Heim untergebracht ist (BSG 9.2.2006 – B 3 SF 1/05 R, SozR 4–1500 § 51 Nr. 2 = NZS 2007, 34), wenn es sich um eine allgemeine zivilrechtliche Streitigkeit und nicht um eine Angelegenheit nach dem SGB XI handelt. (Zum Rechtsweg bei Streitigkeiten aus der privaten Pflegeversicherung vgl. im Einzelnen → § 23 Rn. 41). Die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus der privaten Pflegeversicherung sollte im 1. SGB XI-ÄndG aufgehoben werden. Art. 6 des Entwurfs zum SGB XI-ÄndG sah eine Beschränkung der Zuständigkeit der Sozialgerichte auf Angelegenheiten der **sozialen** Pflegeversicherung vor (BT-Drs. 13/3696). Für Angelegenheiten der privaten Pflegeversicherung sollten die Sozialgerichte nur insoweit zuständig sein, als es um die soziale Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 ging. Von dieser Konzeption ist der Vermittlungsausschuss auf Veranlassung des Bundesrates (vgl. BR-Drs. 228/96, 8) wieder abgerückt. Auch der Bundestag hat sich anschließend für eine **umfassende Zuständigkeit der Sozialgerichte** für die gesamte Pflegeversicherung (also auch für die private Pflegeversicherung) ausgesprochen. Es ist deshalb bei der ursprünglichen Fassung des § 51 Abs. 2 S. 2 SGG geblieben. Das BSG hatte durch Beschluss vom 8.8.1996 (BSG 8.8.1996 – 3 BS 1/96, BSGE 79, 80 = SozR 3–1500 § 51 Nr. 19 = NZS 1996, 588) entschieden, dass der Rechtsweg zu den Sozialgerichten auch für Leistungsansprüche aus der privaten Pflegeversicherung, die sich gegen ein privates Versicherungsunternehmen richten, gegeben ist. Dies ist in die Regelung in § 51 Abs. 2 SGG übernommen worden.

VIII. Stellung der Pflegeversicherung im System der sozialen Sicherheit

1. Pflegeleistungen in anderen Sozialleistungsbereichen

Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit werden innerhalb des Systems der sozialen Sicherheit auch nach anderen Rechtsgrundlagen gewährt. § 13 enthält deshalb Regelungen zum Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu Pflegeleistungen nach anderen Gesetzen. **GUV und Soziales Entschädigungsrecht** (BVG und die Gesetze, die das BVG für anwendbar erklären) sehen Pflegeleistungen nur vor, wenn ein Arbeitsunfall bzw. ein schädigendes Ereignis iSd § 1 BVG (ab 1.1.2024: § 71 SGB XIV) die wesentliche Bedingung für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit bilden. Soweit danach ein Anspruch auf Pflegeleistungen besteht, geht er einem Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung vor (vgl. §§ 13 Abs. 1, 34 Abs. 1 Nr. 2). Unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit ist die **Sozialhilfe** auch nach dem Inkrafttreten des SGB XI verpflichtet, Leistungen wegen Pflegebe-

dürftigkeit zu erbringen. Die Vorschriften über die „Hilfe zur Pflege“ in den §§ 61–66 SGB XII wurden durch das PSG III an die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff veranlasste neue Systematik der Pflegeversicherung angepasst. Die Leistungspflicht der Sozialhilfe ist allerdings nachrangig gegenüber der Pflegeversicherung (vgl. § 13 Abs. 3) und hängt von der fehlenden Leistungsfähigkeit des Pflegebedürftigen ab; eine Ausnahme bilden Pflegeleistungen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht werden (vgl. § 13 Abs. 3 S. 3). Im Gegensatz zur Pflegeversicherung orientiert sich der Leistungsumfang bei der Sozialhilfe am Bedarf des Pflegebedürftigen. Überschreitet der Pflegebedarf den in der Pflegeversicherung vorgesehenen Leistungsrahmen (§§ 36–45b), ist die Sozialhilfe zur Gewährung ergänzender Leistungen verpflichtet, soweit der Pflegebedürftige den notwendigen Pflegebedarf nicht aus eigenen Mitteln bestreiten kann (vgl. hierzu → § 13 Rn. 8 ff.).

- 13 Zusätzliche Leistungen bei Pflegebedürftigkeit können auch aufgrund von **Landesgesetzen** bestehen. Im Übrigen dienen die in allen Bundesländern existierenden Landespflegegesetze vor allem der Umsetzung des SGB XI im Bereich der Pflegeinfrastruktur, speziell der Förderung von Investitionen und der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts (§ 45c).

2. Pflegeleistungen nach §§ 53 ff. SGB V aF

- 14 Die **GKV** sah seit dem Inkrafttreten des GRG häusliche Pflegehilfe bei Schwerpflegebedürftigkeit vor. Die maßgebenden Rechtsgrundlagen (§§ 53–57 SGB V) sind mit dem Inkrafttreten des Leistungsrechts des SGB XI außer Kraft getreten (Art. 4 Nr. 4 iVm Art. 68 Abs. 2 PflegeVG). Leistungsberechtigt waren nach § 53 Abs. 1 SGB V nur Personen, die „in sehr hohem Maße der Hilfe“ bedurften, dh Schwerpflegebedürftige.

3. Abgrenzung der Leistungspflicht von GKV und sozialer Pflegeversicherung

- 15 Die Leistungspflicht der GKV setzt überwiegend – wie diejenige der sozialen Pflegeversicherung – das Vorliegen einer Krankheit oder teilweise auch einer Behinderung (zB bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, § 33 SGB V) voraus. Von daher ist die Abgrenzung der Leistungspflicht von GKV und sozialer Pflegeversicherung teilweise schwierig. Im stationären Bereich kann auf die Rspr. zur Krankenhaus-Behandlungsbedürftigkeit und deren Abgrenzung zur bloßen Pflegebedürftigkeit zurückgegriffen werden (BSG 27.8.1968 – 3 RK 27/65, BSGE 28, 199 (200) = BeckRS 1968, 30808069; 27.11.1980 – 8a/3 RK 60/78, BSGE 51, 44 (46) = BeckRS 1980, 30707417; 11.12.1990 – 1 RA 3/89, BSGE 68, 61 (62) = BeckRS 1990, 30735868; 25.9.2007 – GS 1/06, BSGE 99, 111 (115) = NZS 2008, 419). Solange Krankenhaus-Behandlungsbedürftigkeit besteht, ruht der Anspruch auf Pflegeleistungen (§ 34 Abs. 2; Ausnahme: Pflegegeld in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, § 34 Abs. 2 S. 2). Im ambulanten Bereich geht die häusliche Krankenpflege den Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung grundsätzlich vor (§ 13 Abs. 2 iVm § 34 Abs. 2); vgl. hierzu im Einzelnen → § 13 Rn. 8. Problematisch und nach dem Wortlaut des Gesetzes nicht eindeutig ist die Abgrenzung bei der Hilfsmittelversorgung (vgl. hierzu → § 40 Rn. 23 ff.) sowie bei der Behandlungspflege, die gem. § 37 SGB V grundsätzlich weiterhin zur Leistungspflicht der GKV gehört. Die Tatsache, dass das mit dem PSG II eingeführte neue Begutachtungsinstrument (vgl. → § 14 Rn. 18) im Modul 5 den Grad der Fähigkeiten bzw. der Selbständigkeit bei der Bewältigung bzw. beim Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt, bewirkt keine Einschränkung des Anspruchs aus § 37 SGB V.

Konfliktträchtige Zuordnungsprobleme ergeben sich jedoch weiterhin aus der Tatsache, dass insbesondere bei Schwerstpflegefällen Maßnahmen, die der Behandlungspflege zuzuordnen sind, nicht trennscharf von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die in die Leistungspflicht der Pflegeversicherung fallen, abzugrenzen sind. Zumal es sich idR um identische Leistungserbringer handelt. Für Versicherte mit erheblichem intensivpflegerischen Bedarf hat das BSG mit Urteil vom 17.6.2010 – B 3 KR 7/09 R, BSGE 106, 173 = BeckRS 2010, 74038, entschieden, dass bei gleichzeitigem Erbringen von medizinischer Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V und Grundpflege (neue Terminologie: körperbezogene Pflegemaßnahmen) iSv § 36 durch dieselbe Pflegekraft für die Zeiten, in denen „reine“ Grundpflege erbracht wird und zugleich auch medizinische Behandlungspflege durchgeführt wird, die Leistungsansprüche nach § 37 Abs. 2 SGB V und nach § 36 grundsätzlich gleichberechtigt nebeneinander stehen und zu gleichen Teilen von Kranken- und Pflegekasse zu übernehmen sind. Der Gesetzgeber hat hierzu eine spezielle Begutachtungsregelung (§ 18 Abs. 1a iVm § 17 Abs. 1b) eingefügt (vgl. BT-Drs. 18/9083).

IX. Änderungen des SGB XI

1. Die ersten zwanzig Jahre Pflegeversicherung

Seit seinem Inkrafttreten ist das SGB XI vor allem durch vier Änderungsgesetze und fünf weitere Gesetze in Teilbereichen erheblich umgestaltet worden. Die Schnittstellen der Pflegeversicherung zur GKV sind zudem durch die Gesundheitsreform 2007 neu geregelt worden. Grundlegend war vor allem die mit dem **1. SGB XI-ÄndG** (vom 14.6.1996, BGBl. I 830) eingeführte, zunächst zeitlich befristete **konzeptionelle Änderung der Leistungen bei stationärer Pflege**. Während dem Pflegebedürftigen nach der ursprünglichen Konzeption des SGB XI bei stationärer Pflege unabhängig von der Pflegestufe, der er zugeordnet wurde, wegen der pflegebedingten Leistungen der stationären Einrichtung bis zur Leistungshöchstgrenze der Pflegeversicherung ein umfassender Sachleistungsanspruch zustehen sollte (§ 43 Abs. 2 und 3 iVm § 84 Abs. 4 S. 1), beschränkte das 1. SGB XI-ÄndG den Anspruch je nach Pflegestufe auf einen pauschalen Geldbetrag, mit dem sich die Pflegekasse an den pflegebedingten Aufwendungen beteiligt (Art. 49a § 1 PflegeVG). Diese Regelung, die nach dem Auslaufen des Art. 49a PflegeVG Ende 1997 ab 1.1.1998 als Abs. 5 in den § 43 aufgenommen wurde (**3. SGB XI-ÄndG** vom 5.6.1998, BGBl. I 1229), bewirkt eine Auflösung der ursprünglich vorgesehenen engen Verklammerung von Leistungs- und Leistungserbringerrecht im Bereich der stationären Pflege. Der von Leistungserbringern und Leistungsträgern zu vereinbarende Pflegesatz, der die pflegebedingten Aufwendungen umfassend abdecken soll und von dem im Hinblick auf die Leistungshöchstgrenze bei stationären Leistungen durchaus eine preisdämpfende Wirkung ausgehen sollte, hat nunmehr für den Leistungsanspruch des Versicherten keine unmittelbare Bedeutung mehr. Zugleich wurde die Situation des stationär versorgten Pflegebedürftigen dadurch verschlechtert, dass bei der stationären im Gegensatz zur ambulanten Pflege aus dem gedeckelten Leistungsbudget zusätzlich Aufwendungen für soziale Betreuung und Behandlungspflege zu finanzieren sind (Änderung der §§ 41, 42 und 43, jeweils Abs. 2 im 1. SGB XI-ÄndG).

Ein weiterer Schwerpunkt der durch das **1. SGB XI-ÄndG** eingeführten Änderungen betrifft das Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung. In § 13 Abs. 3 S. 3 wurde klargestellt, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG (und vergleichbaren anderen Gesetzen), auch wenn sie Pflegeleistungen umfassen, gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung nicht nachrangig sind. Zugleich wurde im Leistungserbringerrecht § 71 um Abs. 4 erweitert, der festgelegt,

dass ua stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht als Pflegeeinrichtungen zugelassen werden dürfen. Im Gegenzug wurde § 43a eingefügt, der die Pflegeversicherung in pauschaler Form an der Finanzierung von Pflegeleistungen in derartigen Einrichtungen beteiligt. Darüber hinaus wurde im 1. SGB XI-ÄndG die Stellung der Sozialhilfeträger in den Verfahren zur Vereinbarung des Pflegesatzes gestärkt (Änderung des § 85).

- 19 Durch das **2. SGB XI-ÄndG** (vom 29.5.1998, BGBl. I 1188) wurde § 82a eingefügt, mit dem die Grundlage für die Einbeziehung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege in die Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen geschaffen werden sollte. Mit dem **4. SGB XI-ÄndG** (vom 21.7.1999, BGBl. I 1656) verlagerte der Gesetzgeber die Kostentragung für sog. Pflege-Pflichteinsätze, die beim Bezug von Pflegegeld der Überprüfung der Sicherstellung der Pflege durch ehrenamtliche Pflegepersonen dienen, von den Pflegebedürftigen auf die Pflegekasse (§ 37 Abs. 3). Zugleich wurde die Berücksichtigung von Pflegegeldeinkünften bei Unterhaltsansprüchen von ehrenamtlichen Pflegekräften neu geregelt (§ 13 Abs. 5). Erneut geändert wurden die Vorschriften zur Ersatz- bzw. Verhinderungspflege in § 39, die bereits im 1. SGB XI-ÄndG Änderungen erfahren hatten. Stand bei der ersten Änderung die Beschränkung des Leistungsumfanges bei der Übernahme der Ersatzpflege durch ehrenamtliche Pflegekräfte auf das übliche Pflegegeld im Vordergrund, so wurde im 4. SGB XI-ÄndG zusätzlich die Vermutungsregel eingeführt, dass bei Übernahme der Ersatzpflege durch nahe Angehörige davon auszugehen sei, dass die Pflege ehrenamtlich ausübt werde (§ 39 S. 4). In § 42 Abs. 2 wurde S. 2 gestrichen, der den Anspruch auf Kurzzeitpflege davon abhängig gemacht hatte, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen (wie beim Anspruch auf Ersatzpflege) vorher mindestens zwölf Monat im häuslichen Bereich gepflegt hatte. In der teilstationären Pflege wurden die Leistungsgrenzen heraufgesetzt und an diejenigen bei der Pflegeschleissleistung in der häuslichen Pflege angepasst.

- 20 Das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (**Pflege-Qualitätssicherungsgesetz**, PQsG, vom 9.9.2001, BGBl. I 2320) hat erstmals Instrumente der Qualitätssicherung in das SGB XI aufgenommen. Die zum 1.1.2002 in das SGB XI eingefügten §§ 112–120 sollten im Hinblick auf die Qualität der Pflege einen überprüfbaren Mindeststandard sicherstellen. Wird dieser Standard nicht erreicht, können die Pflegekasse (§ 115 Abs. 3) und der betroffene Pflegebedürftige (§ 5 Abs. 11 HeimG bzw. § 10 Abs. 1 WBVG) Minderungs- oder Schadensersatzansprüche geltend machen. Die in den §§ 112 ff. idF des PQsG geregelten Instrumente der Qualitätssicherung setzten allerdings Durchführungsbestimmungen voraus, die in einer „Pflege-Prüfverordnung“ geregelt werden sollten, die 2002 am Widerstand des Bundesrates gescheitert ist. Ein weiteres Kernstück des PQsG, die zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen abzuschließenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen haben sich wegen des damit fehlenden normativen Fundaments ebenfalls nicht durchsetzen können. Mit diesem Instrument wollte der Gesetzgeber in Bezug auf jede Pflegeeinrichtung eine verlässliche Definition und Nachprüfbarkeit ihres Leistungsspektrums und der von ihr vorzuhaltenden personellen Ausstattung erreichen; bei unzulänglicher Umsetzung der vereinbarten Vorgaben drohten Sanktionen. Mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, PflegeWEG, vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) verfolgt der Gesetzgeber dieses Ziel mit anderen Mitteln. Neu eingeführt wurde insbesondere die Verpflichtung der „Selbstverwaltungspartner“ (Verbände der Kostenträger einerseits und Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen andererseits) zur Vereinbarung von Expertenstandards (§ 113a); um deren Zustandekommen sicher zu stellen wurde eine eigene Schiedsstelle installiert (§ 113b). Die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen (sog. Pflege-Transparenzberichte) vor allem im Internet (§ 115 Abs. 1a) soll das Informationsbedürfnis der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen befriedigen. Mit dem PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) wurden

zusätzlich Informationspflichten der Einrichtungen und der Pflegekasse über die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in stationären Einrichtungen normiert (§ 115 Abs. 1b).

Mit dem Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (**Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz**, PflegeG, vom 14.12.2001, BGBl. I 3728) wurden durch Einfügung des fünften Abschnitts (§§ 45a–45c) in das SGB XI erstmals zusätzliche Pflegeleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (vor allem Demente) eingeführt, um die unzulängliche Berücksichtigung des Hilfebedarfs dieser Gruppe von Betroffenen etwas zu kompensieren. Der zur Finanzierung zusätzlicher Betreuungsleistungen vorgesehene Betrag war allerdings mit jährlich 460 EUR zunächst äußerst gering bemessen. In den Genuss dieser Zusatzleistung kamen nur Hilfebedürftige, die (mit ihrem verrichtungsbezogenen Hilfebedarf.) zumindest die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllten. Diese Einschränkung wurde mit dem PNG (→ Rn. 25a) aufgehoben.

Mit dem Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (vom 15.12.2004, BGBl. I 3448 mWv 1.1.2005) hat der Gesetzgeber auf die grundlegenden Entscheidungen des BVerfG zur Verfassungsmäßigkeit einer zwangsweisen Absicherung des Pflegerisikos durch die Pflegeversicherung und die hierdurch begründete Beitragsbelastung reagiert (hierzu → Rn. 9). Dies führte zur Einfügung von § 55 Abs. 3 und 4 mit einem **Beitragszuschlag für Kinderlose** nach Vollendung des 23. Lebensjahres.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl. I 378) sind **pflegerelevante Leistungen der GKV** stärker an den Bedürfnissen von Menschen mit Pflegebedarf ausgerichtet worden; danach besteht ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege jetzt auch außerhalb des eigenen Haushalts an anderen geeigneten Orten. Hierdurch sollen vor allem Wohnformen des betreuten Wohnens gefördert werden. In § 37b SGB V sind nunmehr pflegerische Leistungen im Rahmen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung geregelt, die – auf vertraglicher Grundlage – auch von stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden können. Pflegeeinrichtungen können nunmehr zudem auch im Rahmen der integrierten Versorgung pflegerische Leistungen erbringen (§ 140b Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V). Aufgrund des ebenfalls mit dem GKV-WSG eingefügten § 40 Abs. 1 S. 2 SGB V „sind“ aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen zulasten der Krankenkasse (auch) in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen.

Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (**Pflege-Weiterentwicklungsgesetz**, PflegeWEG, vom 28.5.2008, BGBl. I 874) erfüllt in erster Linie die Vorgabe aus dem Koalitionsvertrag der großen Koalition vom 11.11.2005, zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung beizutragen und den seit einem Jahrzehnt unveränderten Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung anzupassen. Der an dieser Stelle bereits dokumentierte weitere Reformbedarf soll durch einen weiteren Reformschritt erreicht werden, mit dem der für die Inanspruchnahme von Leistungen maßgebende Pflegebedürftigkeitsbegriff neu gefasst werden soll. Das BMG hat zu diesem Zweck im November 2006 einen Beirat zur Reform des Begriffs der Pflegebedürftigkeit eingerichtet, der seinen Bericht am 26.1.2009 übergeben hat (bmg.de/Themen/Pflege/Pflegestärkungsgesetze/download).

Das PflegeWEG hat vor allem den Umfang der schon bestehenden Leistungen (§§ 36–43) angepasst, wobei die Leistungen bei häuslicher Pflege ausnahmslos erhöht wurden, während die Leistungen bei stationärer Pflege, mit Ausnahme der Pflegestufe 3 und der Härtefälle, weitgehend unverändert geblieben sind. Die Empfehlung der Rürup-Kommission, die Höhe der stationären Leistungen zu reduzieren, um

die Sogwirkung in Richtung stationäre Versorgung aufzuheben, hat der Gesetzgeber nicht umgesetzt. Verbessert wurden daneben die Leistungen für Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen. Die Kriterien zur Bestimmung des insoweit leistungsberechtigten Personenkreises wurden bereits durch das PflEG in § 45a festgelegt. Betroffene konnten nunmehr unabhängig davon, ob sie mit ihrem verrichtungsbezogenen Hilfebedarf das Ausmaß der Pflegestufe I erreichten oder nicht, Erstattung der Kosten für zusätzliche Betreuungsleistungen bis zur Höhe von monatlich 100 EUR (Grundbetrag) oder 200 EUR (erhöhter Betrag) beanspruchen. Die Höhe des Anspruchs wurde von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK festgesetzt. Durch weitere Maßnahmen sollte die nicht professionelle Pflege gefördert werden: so können die Pflegekassen Beitragsmittel einsetzen, um ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfeeinrichtungen zu fördern, vor allem zur Versorgung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Bei Pflegepersonen, die auf der Grundlage des Pflegezeitgesetzes ihre Erwerbstätigkeit so weit reduzieren, dass sie ihren eigenen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz verlieren, gewährt die Pflegeversicherung Zuschüsse zu einer freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung (§ 44a). Eine grundlegende Verbesserung soll bei der Organisation der pflegerischen Versorgung durch Einführung eines Fall-Managements (§ 7a) und die Errichtung von Pflegestützpunkten (§ 92c) erreicht werden.

- 26 Mit dem **Pflege-Neuausrichtungsgesetz** (PNG vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) wurden die Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) erheblich erweitert. Leistungsverbesserungen für diesen Personenkreis wurden in den §§ 123, 124 allerdings ausdrücklich als Übergangsregelungen bis zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ausgestaltet. Der vom Beirat zur Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgeschlagene neue Pflegebedürftigkeitsbegriff (nachfolgend → Rn. 33) wurde mit dem PNG allerdings noch nicht umgesetzt. Das BMG richtete vielmehr einen weiteren (Experten-) Beirat ein, der Empfehlungen zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs abgeben sollte (Bericht vom 27.6.2013).
- 27 Das PNG hatte für den in § 45a aF festgelegten Kreis von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) häusliche Betreuungsleistungen auch als Sachleistung eingeführt, wenn Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt waren (§ 124 Abs. 1). Hierdurch fiel für ambulante Pflegedienste zugleich das bisherige Verbot weg, im Rahmen der häuslichen Versorgung nach § 36 neben grundpflegerischen auch Betreuungsleistungen zu erbringen. Neben Leistungsausweitungen für PEA enthielt das PNG noch Verbesserungen der Beratungsansprüche der Versicherten (§ 7 Abs. 2) sowie die Möglichkeit über Beratungsgutscheine „neutrale Beratungsstellen“ in Anspruch nehmen zu können. Daneben wurde die Kombination von Pflegegeld mit Kurzzeit- und Verhinderungspflege weiter ausgebaut (§ 38 S. 4 und 5). Das PNG führte in § 82b Abs. 2 erstmals eine Regelung ein, mit der ehrenamtliches Engagement in stationären Pflegeeinrichtungen durch Aufwandsentschädigungen honoriert werden konnte. Grundlegend neu geregelt wurde im PNG zudem die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in den §§ 18 ff.; insbesondere konnten die Pflegekassen danach neben dem MDK auch unabhängige Gutachter beauftragen; die Dauer des Begutachtungsverfahrens sollte zudem durch den Einsatz von Strafgeldern zulasten der Pflegekasse beschleunigt werden. Durch zusätzliche Leistungen (§ 38a und § 45e) sollten neue Wohnformen von Pflegebedürftigen gefördert werden. Unter bestimmten Umständen (vgl. § 38a Abs. 1) erhielten Wohngruppen je Pflegebedürftigen 200 EUR zusätzlich, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht werden zu können; für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung wurden zusätzliche Mittel bereitgestellt (§ 45e).

Ein weiterer Schwerpunkt des PNG war die **Einführung** von Leistungen für eine **kapitalgedeckte private Zusatz-Versicherung** (§ 126 ff.), die der Gesetzgeber auch damit begründete, dass die soziale Pflegeversicherung als umlagefinanziertes System angesichts des demografischen Wandels künftig zunehmenden Belastungen ausgesetzt sein werde. Um die Bürgerinnen und Bürger beim Aufbau einer ergänzenden, eigenständigen Pflegevorsorge zu unterstützen, sollte der Aufbau einer kapitalgedeckten Zusatzversicherung durch Zuschüsse unterstützt werden (Begr. in BT-Drs. 17/10170, 20 ff.). Der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung blieb allerdings freiwillig. Die Gewährung einer staatlichen Zulage von 5 EUR im Monat bzw. 60 EUR im Jahr setzte voraus, dass eine Monatsprämie von mindestens 10 EUR (bzw. 120 EUR im Jahr) zu zahlen war, im Pflegefall mussten in Pflegestufe III mindestens 600 EUR als Monatsbetrag ausgezahlt werden; für die beteiligten privaten Versicherungsunternehmen wurde ein Kontrahierungszwang eingeführt, sie müssen auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse verzichten, eine Prämien-differenzierung nach Alter ist aber möglich, bereits pflegebedürftige Personen können keine Versicherung abschließen. Leistungen aus der Zusatzversicherung können erst nach einer Wartezeit von fünf Jahren gewährt werden.

2. Drei Pflegestärkungsgesetze ab 2014

Mit dem **Ersten Pflegestärkungsgesetz** (PSG I vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) **29** wurden die in § 123 als Übergangsregelung vorgesehenen erhöhten Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (mit und ohne Pflegestufe) erneut angehoben. Ein Schwerpunkt des PSG I waren Leistungsverbesserungen bei der häuslichen Pflege durch eine Flexibilisierung der Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie Leistungsausweitungen bei der Kombination von Pflegesachleistung und Tages- bzw. Nachtpflege; hierzu zählte auch die Öffnung der niedrigschwelligen Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige, die nicht zum Kreis der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gehören. Die Höchstbeträge für Sach- und Geldleistungen wurden erstmals umfassend dynamisiert. Zugleich wurde zur Absicherung der demographiebedingt steigenden Leistungsausgaben ein Vorsorgefonds eingerichtet (§§ 131 ff.); der Beitragssatz wurde um 0,3 Beitragssatzpunkte angehoben. Zeitgleich wurde mWv 1.1.2015 durch das **Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Pflege** (vom 23.12.2014, BGBl. I 2462) in § 2 PflegeZG ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit eingeführt. Angehörige, die kurzfristig für die Organisation einer neuen Pflegesituation Zeit benötigen, können als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt Pflegeunterstützungsgeld für bis zu zehn Arbeitstage beanspruchen (§ 44a Abs. 3), soweit weder eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber noch eine Lohnersatzleistung (Kranken- oder Verletzengeld) eingreift; zugleich erhalten sie auf Antrag Zuschüsse zur KV. Landwirtschaftliche Unternehmer können während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung zur Sicherstellung von häuslicher Pflege einen Betriebsshelfer in Anspruch nehmen.

Das **Zweite Pflegestärkungsgesetz** (PSG II vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) **30** enthält vor allem den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der nach langjähriger Vorarbeit durch zwei Beiräte vom Gesetzgeber verabschiedet wurde und einen grundlegenden Paradigmenwechsel bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit zur Folge hat. Die Einzelheiten werden nachfolgend in → Rn. 40 f. erläutert. Die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zusammenhängenden Vorschriften über die **Zuordnung zu Pflegegraden**, die sich aus der Umsetzung des neuen Begutachtungsinstruments (§ 15 Abs. 3 S. 4 nF) ergeben, sind am 1.1.2017 in Kraft getreten. Trotz des Wechsels von drei Pflegestufen zu fünf Pflegegraden wird eine komplette Neubegutachtung von mehr als 2,5 Mio. Leistungsbeziehern vermieden. Ein **pau-schalisiertes Überleitungsverfahren** bietet sich schon deshalb an, weil es faktisch

auch nach altem Recht bereits fünf Pflegestufen gab; neben den drei in § 15 aF aufgeführten gab es unterhalb der Pflegestufe I die nach § 45b leistungsberechtigten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe und oberhalb der Pflegestufe III die Härtefälle mit zusätzlichen Leistungsansprüchen bei ambulanten Sachleistungen sowie in der stationären Pflege. § 140 Abs. 2 sieht eine Überleitung in den jeweils um eine Stufe höheren Pflegegrad vor: von Pflegestufe I in Pflegegrad 2, von Pflegestufe II in Pflegegrad 3 usw. Versicherte, die zuvor der Pflegestufe III zugeordnet sind und zusätzlich die Voraussetzungen für Härtefallleistungen erfüllen, werden dem Pflegegrad 5 zugeordnet (§ 15 Abs. 3 S. 4 SGB XI nF). Bei Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erfolgt ein „doppelter Stufensprung“: von 0 in 2, von 1 in 3 usw. Die im Rahmen der Überleitung zugeordneten Pflegegrade werden frühestens im Jahr 2019 durch reguläre Wiederholungsbegutachtungen überprüft (§ 142 Abs. 1 nF) und auch dann nur geändert, wenn sich aus der Überprüfung ein höherer Pflegegrad ergibt oder Pflegebedürftigkeit gänzlich entfallen ist (§ 140 Abs. 3).

- 31 Das neue ab 1.1.2017 geltende **Leistungsrecht** macht das zuletzt arg zerfledderte Leistungssystem der Pflegeversicherung wieder überschaubar, weil die Sonderleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (§§ 45b, 123 aF) in die einheitlichen Leistungssätze einbezogen wurden. Für die in den Pflegegrad 5 übergeleiteten Pflegebedürftigen wird ein erhöhter Betrag als Pflegegeld festgesetzt, was zuvor bei Härtefällen der Pflegestufe III nicht der Fall war. Eine geradezu revolutionäre Änderung bei den Leistungen in stationärer Pflege versteckt das PSG II im Übergangsrecht des Art. 1 PSG II: bei der Umrechnung der Pflegesätze vom alten zum neuen Recht sieht § 92e nF einen „in allen Pflegegraden **gleich hohen Eigenanteil** (Zahlungsbetrag)“ vor, der einrichtungsindividuell auf der Basis des Gesamtbetrages der jeweiligen Pflegesätze und der Zahl der den einzelnen Pflegegraden zugeordneten Pflegebedürftigen in der Einrichtung zu ermitteln ist. Die Übergangsregelung findet ihre Fortsetzung in § 84 Abs. 2 S. 3 nF, der bei der Festsetzung der Pflegesätze ebenfalls einheitliche Zahlungsbeträge für jede stationäre Pflegeeinrichtung vorsieht. Faktisch führt diese Regelung zu einer nicht unerheblichen Erhöhung des Eigenanteils bei Pflegebedürftigen, die bisher der Pflegestufe I (und zukünftig dem Pflegegrad 2) zugeordnet sind; ihre Zuzahlung fiel bislang vergleichsweise gering aus. Sie werden in Zukunft zur Subventionierung der Zuzahlung von Pflegebedürftigen mit höherem Pflegegrad herangezogen. Für Bestandsfälle sieht das Übergangsrecht in § 141 Abs. 3 nF allerdings großzügige Ausgleichszahlungen („Zuschläge“) der Pflegekasse vor, durch die ein erhöhter Zuzahlungsbetrag von der Pflegekasse übernommen wird. Der einheitliche Zahlungsbetrag lässt aber auch den Schluss zu, dass der Gesetzgeber hiermit leichtere Pflegefälle von einem vorschnellen Wechsel in die vollstationäre Versorgung abhalten will. Durch die mit dem GVWG (→ Rn. 38) eingeführte Begrenzung der Eigenanteile in § 43c verliert diese Problematik an Gewicht.

- 32 Umfangreiche Änderungen haben erneut die Vorschriften über **Qualitätssicherung** erfahren. So wurde etwa der Auftrag an die „Pflege-Selbstverwaltung“ auf Bundesebene nach § 113 Abs. 1 zur Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung neugestaltet. Der bisherige Katalog in § 113 Abs. 1 S. 4 aF wurde durch Einfügung von § 113 Abs. 1 S. 2–5 sowie von § 113 Abs. 1a und 1b ersetzt und um neue Mindestinhalte ergänzt. Die Anforderungen an eine praxistaugliche Pflegedokumentation werden jetzt in § 113 Abs. 1 S. 3 festgelegt: Die Anforderungen an die Pflegedokumentation dürfen nicht „über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß hinausgehen“ und müssen „in einem angemessenen Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung stehen“. Der Gesetzgeber unterstützt damit Ansätze, durch einen Abbau der über Jahre entwickelten Dokumentationshypertrophie zu einer Entbürokratisie-

rung der Pflege beizutragen, um die knapper werdenden Personalressourcen stärker für die eigentliche pflegerische Versorgung zu nutzen.

Das **Dritte Pflegegestärkungsgesetz** (PSG III vom 23.12.2016, BGBl. I 3191) 33 regelt schwerpunktmäßig in Art. 2 PSG III die Übertragung der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der dadurch veranlassten Änderungen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit und des Leistungsrechts der Pflegeversicherung auf die Vorschriften der „Hilfe zur Pflege“ in den §§ 61–66 SGB XII, die nach wie vor bedarfsgerechte menschenwürdige Pflege sicher zu stellen hat und insbesondere bei unzulänglichen eigenen Mitteln des Pflegebedürftigen die begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung aufstocken muss. Art. 1 PSG III enthält im Nachgang zur Reform des SGB XI durch das PSG II weitere Änderungen des SGB XI, etwa bei den Vorschriften über Beratung, Beratungsstellen und Pflegestützpunkte (§§ 7 ff.).

3. Reformen von 2018 bis 2022

Mit dem **Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals** (v. 11.12.2018, BGBl. I 34 2394) verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen die Zahl der Pflegepersonen zu erhöhen und damit die Qualität der Pflege zu verbessern. So wurde etwa die Gewährung von Vergütungszuschlägen für stationäre Pflegeeinrichtungen zur Finanzierung von zusätzlichem Pflegepersonal für einen vorübergehenden Zeitraum flexibler ausgestaltet (§ 8 Abs. 7), bis Regelungen zur Pflegepersonalbemessung greifen, die ab Mitte 2023 in Pflegegesetzvereinbarungen umgesetzt werden können (§ 113c). Dieses Projekt wurde im **Gesundheits- und Pflegeverbesserungsgesetz** (GPVG v. 22.12.2020, BGBl. I 3299; vgl. BT-Drs. 19/23483) weiterverfolgt, indem der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermächtigt wurde, aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 3 Mio. EUR im Kalenderjahr für Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen bereit zu stellen und entsprechende Projekte mit Leistungserbringern zu vereinbaren. Gleichzeitig verpflichtete sich der Bund in § 8 Abs. 3b, eine wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu finanzieren. Zugleich wurde § 84 Abs. 9 angefügt, der Vergütungszuschläge regelt, die zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflege-Hilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen darstellen.

Mit dem „Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen 35 der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen“ (v. 27.3.2020, BGBl. I 580) wurden dem SGB XI die §§ 147–152 angefügt. Sie enthalten zeitlich befristete Sonderregelungen für den Bereich der Langzeitpflege, die dazu beitragen sollten, die häusliche und stationäre pflegerische Versorgung trotz der durch das neuartige **Coronavirus SARS-CoV-2** verursachten Pandemie aufrecht zu erhalten. Die meisten Regelungen gelten zwischenzeitlich entweder nicht mehr oder (etwa die Regelungen zum „Rettungsschirm“ für zugelassene Pflegeeinrichtungen in § 150 Abs. 2–4) nur noch in eingeschränktem Umfang. § 152 ermächtigt das BMG, den Befristungszeitraum der §§ 147–151 jeweils durch Rechtsverordnung zu verlängern.

Tiefgreifende Änderungen bei der Zuständigkeit für die pflegerische Versorgung 36 sind durch das **Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz** (GKV-IPReG v. 23.10.2020, BGBl. I 220, RegE BT-Drs. 19/19368) eingetreten. Der neu eingefügte § 37c SGB V begründet einen eigenständigen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege; er löste die zuvor geltende Regelung in § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V ab, die kaum lösbare Schnittstellen zwischen dem Leistungsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung bildete. Nach § 37c SGB V können Versicherte, die einen

besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, außerklinische Intensivpflege beanspruchen. Diese Voraussetzung liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. Die Einzelheiten werden in Richtlinien des GBA nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V festgelegt. Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 (zu Einzelheiten s. § 37c Abs. 3 SGB V). Soweit vom IPReG Vorschriften des SGB XI betroffen waren, stand erneut der Versuch des Gesetzgebers im Mittelpunkt, die Rehabilitation Pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen zu aktivieren. § 18a Abs. 1 wurde um die Verpflichtung der Pflegekasse erweitert, die Reha-Empfehlung auch den Angehörigen, den Betreuungspersonen und den behandelnden Ärzten des Pflegebedürftigen zu übersenden. An der fehlenden Zuordnung der Pflegekassen zu den Reha-Trägern (§ 6 Abs. 1 SGB IX) änderte sich jedoch nichts.

37 Mit Art. 5 „**Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz**“ v. 3.6.2021 (BGBl. I 1309) wurden digitale Leistungen ins SGB XI aufgenommen. § 7a Abs. 2 wurde insoweit geändert, als die Pflegeberatung auf Wunsch durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden kann. Der Katalog der Leistungsarten und Grundsätze in § 28 Abs. 1 wurde um die Ziffer 16 (ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen, geregelt in § 39a) und digitale Pflegeanwendungen (geregelt in § 40a) sowie Ziffer 17 (Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen, geregelt in § 40b) ergänzt. Nach § 78, der die Verträge über Pflegehilfsmittel regelt, wurde mit § 78a eine Vorschrift eingefügt, die Regelungen zu Verträgen über digitale Pflegeanwendungen und die Schaffung eines Verzeichnisses für digitale Pflegeanwendungen enthält. § 125a sieht Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege vor.

38 Mit Art. 2 des **Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetzes** (GVWG v. 11.7.2021, BGBl. I 2754) wurden zahlreiche zT grundlegende Änderungen des SGB XI vorgenommen. Wesentlich sind vor allem folgende:

- Die Leistungssätze für Pflegesachleistungen in § 36 Abs. 3 SGB XI sowie für Kurzzeitpflege wurden angehoben.
- § 40 wurde um einen Abs. 6 ergänzt. Danach können Pflegefachkräfte im Rahmen ihrer Leistungserbringung konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach Abs. 6 S. 6 festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Abs. 1 SGB V vermutet. Einer ärztlichen Verordnung bedarf es dann nicht. Einzelheiten hierzu werden in Richtlinien festgelegt.
- Mit § 43c wurde eine Regelung eingeführt, die den Eigenanteil der Versicherten an pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege begrenzt. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten je nach der Dauer, für die sie Leistungen nach § 43 beziehen, einen Leistungszuschlag.
- Der Beitragszuschlag für Kinderlose steigt von 0,25 Beitragssatzpunkten auf 0,35 Beitragssatzpunkte (§ 55 Abs. 3 S. 1).
- Mit § 61a wurde eine Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 iHv jährlich 1 Mrd. EUR eingeführt.
- § 72 wurde um die Abs. 3a–3e ergänzt. Danach dürfen Versicherungsverträge ab dem 1.9.2022 nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ihren Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen

- erbringen, eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist, an die die jeweiligen Pflegeeinrichtungen gebunden sind (Abs. 3a). Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge ab dem genannten Zeitpunkt nur abgeschlossen werden, wenn sie eine Entlohnung in entsprechender Höhe zahlen (Vorgaben in Ziffer 1, 2 und 3 von § 72 Abs. 3b S. 1). Versorgungsverträge, die mit Pflegeeinrichtungen vor dem 1.9.2022 abgeschlossen wurden, sind bis spätestens zum Ablauf des 31.8.2022 mit Wirkung ab 1.9.2022 an die Vorgaben von § 72 Abs. 3a oder § 72 Abs. 3b anzupassen. Werden diese Vorgaben nicht erfüllt, kann der Versorgungsvertrag gekündigt werden (§ 74 Abs. 1 S. 1). Die zuvor den Landesrahmenverträgen übertragene Aufgabe, Verfahrens- und Prüfgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung zu vereinbaren (§ 75 Abs. 2 Nr. 10), wurde gestrichen.
- Die zuvor in § 84 Abs. 2 S. 5 enthaltene Regelung, dass die Bezahlung nach Tarifvertrag bei der Bemessung des Pflegesatzes nicht als unwirtschaftlich angesehen werden kann, wurde in einem neu geschaffenen § 82c verselbständigt. Nach Abs. 3 des neuen § 82c bedarf es für eine höhere Bezahlung eines sachlichen Grundes.
 - Zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege wurde ein § 88a eingefügt. Danach sind von den Rahmenvertragsparteien nach § 75 in den Ländern Empfehlungen abzugeben.
 - Zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben können private Versicherungsunternehmen für den Zeitraum vom 1.7.2021 bis zum 31.12.2022 für bestehende Vertragsverhältnisse über die Prämie hinaus einen monatlichen Zuschlag erheben (§ 110a).
 - § 113c, der zuvor lediglich die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen regelte, legt nunmehr Personalanhaltswerte fest, die für Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Abs. 5 S. 2 Nr. 2 maßgebend sind (www.gs-qa-pflege.de/dokumente). Das neue Personalbemessungsverfahren orientiert sich an der Bewohnerstruktur einer Pflegeeinrichtung nach Pflegegraden. Zur Berechnung der Personalanhaltswere vgl. Bericht des Gesundheitsausschusses (BT-Drs. 19/30560, 75), der Grundlage des Gesetzesbeschlusses war.
- Mit dem Gesetz zur Zahlung eines **Bonus für Pflegekräfte** in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen v. 28.6.2022, BGBl. I 938, wurde in § 150a ein Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie geregelt. Daneben wurden in diesem Gesetz die Vorschriften über den Abruf von Beratungseinsätzen in § 37 Abs. 3 erweitert (Abs. 3–3c), die Regelungen zur Tarifbindung von Pflegeeinrichtungen in § 72 Abs. 3b–3f neu gefasst und die Regelung zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen bei nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen in § 82c Abs. 2 erneut geändert. Nachdem das BVerfG (7.4.2022 – 1 BvL 3/18, NJW 2022, 2169) eine fehlende Differenzierung der Beitragshöhe nach der Kinderzahl als verfassungswidrig moniert hatte, sah sich der Gesetzgeber gezwungen, die in § 55 geregelten Beitragssätze neu festzusetzen. Mit dem **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz** (PUEG v. 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155; Gesetzentwurf BT-Drs. 20/6544) wurden daneben vor allem die Regelungen zum Begutachtungsverfahren umfassend geändert und erweitert (§§ 18 ff.) sowie Leistungserhöhungen beschlossen.

39

X. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Mit Art. 2 des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) vom 21.12.2015 sind die Regelungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in den §§ 14, 15 mWv 1.1.2017

40

in Kraft getreten. Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit als Leistungsvoraussetzung für die Pflegeversicherung soll eine umfassende Berücksichtigung von krankheits- oder behinderungsbedingten Einschränkungen jenseits der medizinischen Interventionen, die der Krankenversicherung zuzuordnen sind, sicherstellen. Aufgegeben wird damit die enge Bindung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit an den **Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen**, wie sie seit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung in § 14 normiert war. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist mit einem Paradigmenwechsel bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit als Voraussetzung für Leistungen der Pflegeversicherung verbunden. Die Zuordnung zu Pflegegraden, die den Umfang der Leistungen bestimmen, erfolgt nunmehr auf der Grundlage einer umfassenden Bewertung aller körperlichen und kognitiven (bzw. psychischen) Beeinträchtigungen. Maßgebend ist **nicht mehr** die erforderliche **Pflegezeit** oder die Häufigkeit bzw. der Rhythmus von Hilfeleistungen, wie dies nach § 15 SGB XI aF der Fall war. Abgestellt wird vielmehr allein auf den **Grad der Selbstständigkeit** bei der Durchführung von Aktivitäten oder bei der Gestaltung von Lebensbereichen. Aus dem Umfang der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit wird das Ausmaß der Abhängigkeit von personeller Hilfe abgeleitet. In diesem Zusammenhang spielt der Zeitaufwand, den eine Pflegeperson für Hilfeleistungen benötigt, keine Rolle mehr.

- 41 **Grundsätze des neuen Bewertungssystems:** An die Stelle des Kriteriums Zeit tritt eine detaillierte Analyse menschlicher Fähigkeiten und Verhaltensweisen, deren Gesamtergebnis das Ausmaß der Beeinträchtigung von Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten bzw. bei der Gestaltung von Lebensbereichen und damit zugleich das Ausmaß des Angewiesenseins auf fremde personelle Hilfe aufzeigen soll. Das Ausmaß des Hilfebedarfs ist weiterhin für die Höhe der wesentlichen Leistungen der Pflegeversicherung maßgebend. Die neu eingeführte Differenzierung in fünf Pflegegrade anstelle von drei Pflegestufen knüpft insofern an das alte System an, als dort der Pflegestufe I Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mit einem geringeren Leistungsumfang vorgeschaltet waren und es oberhalb der Pflegestufe III noch zusätzliche Leistungen für Härtefälle gab.
- 42 Das vorgeschlagene Begutachtungsassessment gibt zwar den bisher praktizierten engen Verrichtungsbezug auf, verzichtet aber nicht auf einen Orientierungsrahmen, der die für die menschliche Existenz maßgebenden Aktivitäten und Lebensbereiche katalogmäßig erfasst. Hierbei werden teilweise aus dem bisherigen System bekannte Lebensbereiche erfasst, wie etwa die Mobilität und die sog. Selbstversorgung. Unter dem Begriff „**Selbstversorgung**“ sind, mit Ausnahme der gesondert aufgeführten Mobilität, alle Fähigkeiten zu verstehen, die zuvor in § 14 Abs. 4 SGB XI aF erfasst wurden. Der Katalog der einzelnen Aktivitäten ist aus dem bisherigen System bekannt. Er umfasst die Bereiche Körperpflege, An- und Auskleiden, Ernährung und Ausscheiden. Eine grundlegende Änderung soll dagegen durch die **Einbeziehung von Einschränkungen bei kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten**, von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sowie bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte erreicht werden. Kognitive Einbußen können einen umfangreichen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen, der die Begleitung in der gesamten Lebensführung umfasst. Sie sind insbesondere für die Berücksichtigung des Bedarfs an psychosozialer Unterstützung von Bedeutung, der zuvor unter dem Stichwort „allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung“ beschrieben wurde. Im Detail zählt hierzu etwa die örtliche und zeitliche Orientierung, das Erkennen-Können von Personen aus dem persönlichen Umfeld sowie von Risiken und Gefahren, ferner die Fähigkeit, Sachverhalte und Informationen zu verstehen und im Alltagsleben Entscheidungen treffen zu können. Unter „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sind vor allem Auffälligkeiten bei demenziell erkrankten Personen zu verstehen, etwa das ziellose Umhergehen, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten sowie Wahnvorstellungen und Ängste.

Neu ist auch die Berücksichtigung der (noch) vorhandenen oder verlorenen **Fähigkeiten bei der Bewältigung von Krankheitserscheinungen** und beim Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen. Letzteres soll keine neue Schnittstelle zur Leistungspflicht der GKV nach § 37 Abs. 2 SGB V im Rahmen der häuslichen Krankenpflege begründen. Es wird vielmehr nur der Erkenntnis Rechnung getragen, dass der Aufwand an personeller Hilfe in diesem Bereich maßgebend von den noch vorhandenen kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten des Hilfebedürftigen abhängt. Unter „Selbstständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ ist daher nicht der Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen zu verstehen. Diese verbleiben im Zuständigkeitsbereich der GKV. Es geht hier vielmehr um Maßnahmen und Handlungen, die prinzipiell von erkrankten Personen eigenständig durchgeführt werden, sofern sie über die dazu nötigen Ressourcen verfügen, dh über körperliche und kognitive Fähigkeiten, spezifische Fertigkeiten, Motivation, Kenntnisse und anderes mehr. Konkret geht es etwa um Injektionen, Verbandwechsel, Medikation, Einreibungen, Messung und Deutung von Körperzuständen sowie den Umgang mit Hilfsmitteln.

Die Erfassung der Selbstständigkeit im **Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen** und Belastungen kann eine im bisherigen System bestehende Lücke im Bereich der Schnittstelle von Kranken- und Pflegeversicherung schließen, die vor allem zu einer Benachteiligung langzeitkranker und behinderter Kinder führte: bei ihnen wurden die im Zusammenhang mit behandlungspflegerischen Maßnahmen erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen der Angehörigen vom bisherigen System gänzlich negiert. Durch die Berücksichtigung der (noch) vorhandenen oder der verlorenen Fähigkeiten bei der Bewältigung von Krankheitserscheinungen und beim Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen kann dagegen dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der Umfang an personeller Hilfe in diesem Bereich maßgebend davon abhängt, ob und ggf. über welche Fähigkeiten der Hilfebedürftige verfügt. Defizite bei der Gestaltung des Alltagslebens und von sozialen Kontakten wurden vom bisherigen System der Erfassung des Pflegebedarfs ebenfalls weitgehend ausgeklammert. Zu fragen ist in diesem Bereich nach individuellen Möglichkeiten, den Tagesablauf bewusst zu gestalten, nach der Fähigkeit, einen Tag-Nacht-Rhythmus einzuhalten, die tägliche Routine und andere Aktivitäten sowie über den Tag hinaus in die Zukunft zu planen. Ergänzend soll die Gestaltung sozialer Kontakte berücksichtigt werden. Erfasst wird etwa die Fähigkeit, mit Angehörigen, Pflegepersonen oder Besuchern in Kontakt zu treten sowie die Kontaktpflege außerhalb des direkten Umfeldes.

Die zusammen gefassten Bewertungen aller Bereiche fließen allerdings nicht ungefiltert in eine **Tabelle der Bedarfsgrade** ein. Ausgehend von empirischen Erkenntnissen, die etwa bei der Untersuchung des Pflegebedarfs von Heimbewohnern gewonnen wurden, wird eine Gewichtung vorgenommen, die insbesondere das Ziel hat, den Pflege- und Betreuungsaufwand bei Personen mit körperlichen Einschränkungen einerseits und mit geistig/seelischen Defiziten andererseits sachgerecht und angemessen zu berücksichtigen. So wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass die Module „Selbstversorgung“ und „Mobilität“ in etwa die Aktivitäten abdecken, die in der alten Fassung des SGB XI für die Bemessung von Leistungsansprüchen relevant waren. Ihnen kommt für die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit weiterhin zentrale Bedeutung zu; sie haben insgesamt ein Gewicht von 50 % (Selbstversorgung 40 % und Mobilität 10 %). Den Bereichen „Kognition und Verhalten“ einerseits und „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ andererseits wird ein Anteil von zusammen 30 % zugeschrieben. Die Gewichtung der Selbstständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen wird mit 20 % angesetzt. Die anvisierte Ausweitung der für die Bewertung von Pflegebedürftigkeit maßgebenden Lebensbereiche verspricht eine realistischere

Abgrenzung des leistungsberechtigten Personenkreises. Zugleich wird hierdurch eine Gerechtigkeitslücke gegenüber kognitiv beeinträchtigten Menschen geschlossen.

Erstes Kapitel. Allgemeine Vorschriften

§ 1 Soziale Pflegeversicherung

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

(2) ¹In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muß eine private Pflegeversicherung abschließen.

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

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

(5) In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Übersicht	2
III. Eigenständiger Zweig der Sozialversicherung (Abs. 1)	3
IV. Versicherter Personenkreis (Abs. 2)	4
V. Pflegekassen als Träger der sozialen Pflegeversicherung (Abs. 3)	5
VI. Aufgabe der Pflegeversicherung (Abs. 4)	6
VII. Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede (Abs. 5)	7
VIII. Finanzierung der Pflegeversicherung (Abs. 6)	8
IX. Eingetragene Lebenspartner (Abs. 7)	10

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 1 RegE). Während die Abs. 1–4 unverändert blieben, ist Abs. 5 im Vermittlungsverfahren hinsichtlich der Zeitpunkte des Inkrafttretens (vgl. → Rn. 7) und Abs. 6 durch den AuS-Ausschuss (vgl. → Rn. 8 f.) geändert worden. In Abs. 6 S. 3 wurde durch Gesetz vom 16.2.2001

(BGBl. I 266) nach „Familienangehörige“ „und eingetragene Lebenspartner“ eingefügt. Abs. 4a wurde durch das PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) eingefügt; die Vorschrift war im RegE (BT-Drs. 16/7439) noch nicht enthalten. Durch Art. 1 Nr. 2 PSG II wurde Abs. 5 der damaligen Fassung aufgehoben und Abs. 4a der damaligen Fassung zu Abs. 5. Abs. 7 wurde durch G v. 11.12.2018 (BGBl. I 2394) mWv 1.1.2019 angefügt.

II. Normzweck und Übersicht

- 2 Es handelt sich um eine **Einweisungsvorschrift in die Grundstrukturen** der Pflegeversicherung; die Überschrift „Soziale Pflegeversicherung“ ist zu kurz gefasst, denn sie regelt auch Fragen der privaten Pflegeversicherung (vgl. LPK-SGB XI/Krahmer Rn. 2; Wannagat/Eichenhofer/Trenk-Hinterberger Rn. 15). Die Vorschrift kennzeichnet die soziale Pflegeversicherung als neuen Zweig der Sozialversicherung (Abs. 1), legt den versicherungspflichtigen Personenkreis (Abs. 2) und die Träger der Versicherung fest (Abs. 3), begründet eine Versicherungspflicht auch für Personen, die der SPV nicht angehören, sondern bei einem privaten Versicherungsunternehmen eine Pflegeversicherung abschließen müssen (Abs. 2 S. 2), legt die Grundzüge der Finanzierung fest (Abs. 6) und beschreibt die Aufgabe der Pflegeversicherung. Darüber hinaus ordnet Abs. 5 bereits an, dass die Leistungen der Pflegeversicherung von unterschiedlichen Zeitpunkten an zur Verfügung stehen.

III. Eigenständiger Zweig der Sozialversicherung (Abs. 1)

- 3 Die soziale Pflegeversicherung bildet einen **eigenständigen Zweig der Sozialversicherung**, zu der daneben die GKV, die GUV und die GRV gehören; die Arbeitslosenversicherung zählt nicht zur Sozialversicherung im engeren Sinn (vgl. § 51 Abs. 1 SGG). Zwar werden die Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung von den Krankenkassen in Personalunion wahrgenommen (vgl. Abs. 3 und § 46); bei den Pflegekassen handelt es sich jedoch um rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts, die unabhängig von der Krankenkasse selbst Träger von Rechten und Pflichten sind. Im Gegensatz zu den anderen Zweigen der Sozialversicherung hat der Gesetzgeber bei der Pflegeversicherung anstelle des Begriffs „gesetzlich“ die Bezeichnung „**sozial**“ gewählt. Dies bringt zum einen zum Ausdruck, dass es sich um eine auf sozialen Ausgleich und solidarische Umverteilung ausgerichtete Versicherungsform handelt (vgl. Schuln NZS 1994, 434). Der Begriff „gesetzlich“, der in erster Linie den Zwangscharakter der Vers, die Versicherungspflicht, kennzeichnet, wäre schon deshalb verfehlt, weil nicht nur in der öffentlich-rechtlichen sozialen Pflegeversicherung, sondern auch in der privaten Pflegeversicherung **Versicherungspflicht** besteht. Die soziale Absicherung kommt darin zum Ausdruck, dass – wie in der GKV – die Beiträge nicht risiko-, sondern einkommensbezogen ausgestaltet sind (vgl. BeckOGK/Peters Rn. 6). Abgesichert wird das **Risiko der Pflegebedürftigkeit**, das in den §§ 14, 15 im Einzelnen definiert wird.

IV. Versicherter Personenkreis (Abs. 2)

- 4 Die Vorschrift legt in Grundzügen den in der sozialen Pflegeversicherung (S. 1) und in der privaten Pflegeversicherung (S. 2) versicherten Personenkreis fest (vgl. Krasney VSSR 1994, 265). In beiden Bereichen besteht Versicherungspflicht, die im Einzelnen in den §§ 20–27 geregelt ist. Die in der GKV Versicherten (Mitglieder und Familienversicherte) werden der sozialen Pflegeversicherung zugeordnet; dieser

Grundsatz wird durch die Befreiungsmöglichkeit der freiwillig Krankenversicherten allerdings durchbrochen (vgl. § 22). Wer privat gegen das Risiko Krankheit versichert ist, ist verpflichtet, bei einem privaten Versicherungsunternehmen eine private Pflegeversicherung abzuschließen (vgl. hierzu § 23 und § 110).

V. Pflegekassen als Träger der sozialen Pflegeversicherung (Abs. 3)

Die Pflegekassen haben den Auftrag, die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten sicher zu stellen; dies wird im Einzelnen in den §§ 12, 69 geregelt. Zur Organisation der Pflegekassen vgl. → § 46 Rn. 4.

VI. Aufgabe der Pflegeversicherung (Abs. 4)

Die Vorschrift stellt klar, dass die Pflegeversicherung Leistungen nur für solche Versicherten zur Verfügung stellt, bei denen die Pflegebedürftigkeit ein bestimmtes Ausmaß erreicht, das im Einzelnen in §§ 14, 15 umschrieben wird. Abs. 4 erweckt zu Unrecht den Anschein, als schaffe die Pflegeversicherung für diesen Personenkreis erstmals und originär die Grundlage für die notwendige Versorgung mit pflegerischen Leistungen, was nicht zutrifft, weil hierfür zumindest unter der Geltung des GG (Art. 1 Abs. 1 GG) die Sozialhilfe einzutreten hat. Die Bestimmung ist deshalb von Schulin zu Recht als gänzlich verfehlt kritisiert worden (Schulin NZS 1994, 435 f.). Sie beschreibt die Aufgaben der Pflegeversicherung auch insoweit unzutreffend, als deren Leistungspflicht gerade nicht davon abhängt, dass der Versicherte „wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit“ nicht in der Lage ist, deren (wirtschaftliche) Folgen allein zu tragen. Leistungsberechtigt ist auch derjenige, der auf solidarische Unterstützung nicht angewiesen ist, weil er eine umfassende Pflege ohne Weiteres aus eigenen Mitteln organisieren kann. Der Solidarität kommt allenfalls im Hinblick auf die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung Bedeutung zu (→ Rn. 3).

VII. Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede (Abs. 5)

Die auf Veranlassung des Bundesrates im PflegeWEG (ursprünglich als Abs. 4a, 7 → Rn. 1) eingefügte Vorschrift (BR-Drs. 718/1/07, Nr. 1) wurde damit begründet, dass in der sozialen Pflegeversicherung (warum nicht in der privaten?) geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen zu verzeichnen seien, die die Verankerung einer geschlechtsspezifischen Sichtweise erforderlich mache. Damit sollte das „Gender Mainstreaming“ als programmatisches Ziel in das SGB XI aufgenommen werden. Die Vorschrift steht in engem Zusammenhang mit § 2 Abs. 2 S. 3, der ebenfalls mit dem PflegeWEG ins SGB XI aufgenommen wurde und die Berücksichtigung des Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege regelt. Bei Abs. 5 handelt es sich nicht nur um einen Programmsatz. Unmittelbare Auswirkungen ergeben sich zunächst auf die Auswahl des Leistungserbringers; Pflegekassen müssen einem entsprechenden Antrag des Pflegebedürftigen auch dann stattgeben, wenn hierdurch Mehrkosten entstehen; ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ihre Personalauswahl entsprechend zu gestalten (→ § 2 Rn. 5). Unter Umständen können sich auch Auswirkungen auf die Bemessung des Pflegebedarfs als Voraussetzung für die Zuordnung zu einer Pflegestufe ergeben oder auch auf den Anspruch

auf Pflegehilfsmittel (§ 40). Zudem wird die Verpflichtung, geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen, auch bei der Festlegung von Qualitätsstandards (§ 113) zu beachten sein (vgl. Igl/Dünnes RsDE 56 (2004), 17; Boecken SGB 2008, 698).

VIII. Finanzierung der Pflegeversicherung (Abs. 6)

- 8 Die Vorschrift ist im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens gravierend geändert worden: Der RegE sah noch eine Mitfinanzierung durch einen **Bundeszuschuss** vor, der von den Bundesländern durch Einsparungen bei der Sozialhilfe finanziert werden sollte. Dieses Vorhaben wurde bereits im AuS-Ausschuss zugunsten einer Zahlung der Länder an das Bundesversicherungsamt aufgegeben (§ 69 E idF der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses, BT-Drs. 12/5920, 65). Nachdem die Bundesländer der ursprünglich geplanten monistischen Finanzierung der Pflegeeinrichtungen (vgl. hierzu → § 9 Rn. 4 und → Vor § 82 Rn. 4) nicht zugestimmt hatten, wurde im Vermittlungsverfahren anstelle des Bundeszuschusses mit § 9 S. 3 eine weitgehend unverbindliche Verpflichtung der Bundesländer zur Förderung der Investitionskosten aufgenommen.
- 9 Die **anteilige Beitragsfinanzierung** durch Mitglieder und Arbeitgeber (bzw. die an deren Stelle Tre tenden, vgl. § 59) gilt sowohl für die soziale Pflegeversicherung als auch für die private Pflegeversicherung. Bei einer Versicherung in der privaten Pflegeversicherung hat der Arbeitnehmer Anspruch auf einen Beitragszuschuss (§ 61 Abs. 2). S. 2 gilt dagegen, obwohl der Wortlaut dies nicht deutlich macht, ausschließlich für die soziale Pflegeversicherung. Dasselbe gilt für S. 3. § 110 sieht eine Beitragsbefreiung nur für Kinder des Versicherungsnehmers vor (§ 110 Abs. 1 Nr. 2 f.), Ehegatten können nach Maßgabe von § 110 Abs. 1 Nr. 2 g eine Beitragsermäßigung in Anspruch nehmen.

IX. Eingetragene Lebenspartner (Abs. 7)

- 10 Eingetragene Lebenspartner können die Lebenspartnerschaft in eine Ehe umwandeln (§ 20a Abs. 1 LPartG). Seit Oktober 2017 können in Deutschland keine neuen Lebenspartnerschaften zwischen zwei Personen gleichen Geschlechts mehr begründet werden (§ 1 LPartG). Dennoch wird es noch für eine lange Übergangszeit nach der bis zum 30.9.2017 maßgeblichen Rechtslage begründete und fortgeltende Lebenspartnerschaften geben. Durch die mit dem Pflegepersonen-Stärkungsgesetz eingeführte Regelung in Abs. 7 wird klargestellt, dass eingetragene Lebenspartner dauerhaft sowohl mit verschiedengeschlechtlichen als auch mit gleichgeschlechtlichen Ehepartnern gleichgestellt sind und bleiben (soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, vgl. auch BT-Drs. 19/4453, 95).

§ 2 Selbstbestimmung

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

(2) ¹Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. ²Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entspro-

chen werden. ³Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.

(3) ¹Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. ²Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Ziel der Hilfen durch die Pflegeversicherung (Abs. 1)	3
IV. Wahlrecht des Pflegebedürftigen (Abs. 2)	4
V. Rücksichtnahme auf religiöse Bekenntnisse (Abs. 3)	6
VI. Hinweispflicht (Abs. 4)	7

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 2 RegE), vgl. Begr. des RegE S. 89. Abs. 2 S. 3 wurde durch das PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) eingefügt. Abs. 1 S. 2 wurde durch Art. 2 Nr. 2 PSG II ergänzt.

II. Normzweck

§ 2 enthält in erster Linie programmatische Aussagen über die Rechte des Pflegebedürftigen, die teilweise als Auslegungsmaßstab zur Konkretisierung des Inhalts der Leistungsansprüche herangezogen werden müssen. In Teilbereichen ergibt sich der elementare Gehalt der Vorschrift schon aus Art. 1 Abs. 1 GG und (in Bezug auf Abs. 3) aus Art. 4 GG.

III. Ziel der Hilfen durch die Pflegeversicherung (Abs. 1)

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind so einzusetzen, dass alle Möglichkeiten zu einer selbstbestimmten Lebensführung ausgenutzt werden, soweit der körperliche und geistige Zustand des Pflegebedürftigen dies zulässt. Hieraus folgt, dass aktivierende Pflegemaßnahmen gegenüber der bloßen Ersetzung von Verrichtungen durch die Pflegeperson den Vorrang haben. Die Betonung der aktivierenden Pflege in Abs. 1 S. 2, die im PSG II eingefügt wurde, trägt dem Umstand Rechnung, dass § 28 Abs. 4 aufgehoben wurde, der den Vorrang der aktivierenden Pflege ursprünglich ausdrücklich betonte. Der Gesetzgeber wollte mit der Ergänzung in Abs. 1 S. 2 klarstellen, dass Pflege auch und gerade unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aktivierend zu erbringen ist. Das Recht auf selbstbestimmte Lebensführung steht in einem Spannungsverhältnis zu Sicherheitsbedürfnissen (vgl. BGH 14.7.2005 – III ZR 391/04, NJW 2005, 1937; BGH 28.4.2005 – III ZR 399/04, NJW 2005, 2613 zur Sturzprophylaxe) und teilweise auch zu pflegefachlichen Vorgaben, wenn deren Umsetzung vom Pflegebedürftigen abgelehnt wird. Pflegerische Hilfen dürfen nicht aufgezwungen werden (LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 8; s. hierzu auch → § 6 Rn. 4).

- 3a Die Zielbestimmungen des Abs. 1 legen für Pflegeleistungen einen Qualitätsmaßstab fest, der insbesondere bei der Umsetzung des § 113 durch Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu beachten ist. Vorgaben für die Ausrichtung der Leistungen der Pflegeversicherung an dem Ziel, ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ergeben sich insbesondere aus der „Pflegecharta“, die der „Runde Tisch Pflege“ erarbeitet hat (www.pflege-charta.de; LPK-SGB XI/Planholz Rn. 5). Zur Verpflichtung, bei den Leistungen der Pflegeversicherung die Menschenwürde zu beachten, vgl. Schulin PV-HdB/Neumann § 20 Rn. 42. Die in Abs. 1 aufgestellten Grundsätze sind allerdings nicht geeignet, die **Bemessung des Pflegebedarfs**, der für die Zuordnung zu Pflegegraden bzw. Pflegestufen (§ 15 Abs. 1 und 3) maßgebend ist, über den Wortlaut der einschlägigen Vorschriften (§§ 14, 15) hinaus auszuweiten (stRspr des BSG 19.2.1998 – B 3 P3/97 R, BSGE 82, 27 (31) = SozR 3–3300 § 14 Nr. 2 = NZS 1998, 525; vgl. hierzu → § 14 Rn. 4).

IV. Wahlrecht des Pflegebedürftigen (Abs. 2)

- 4 Die Vorschrift soll deutlich machen, dass Pflegebedürftige bei der Leistungsgewährung nicht bevormundet werden dürfen (BT-Drs. 12/5262, 89). S. 1 bezieht sich auf die Wahl zwischen verschiedenen Leistungserbringern bei einer Leistungsart (zu Auswirkungen auf den zivilrechtlichen Pflege- oder Heimvertrag vgl. LPK-SGB XI/Planholz Rn. 14). Nach S. 2 ist auch für die Wahl der Leistungsart der Wunsch des Pflegebedürftigen maßgebend. Dies gilt auch für die Alternative häusliche oder stationäre Pflege; was auch im Gesetzgebungsverfahren unstreitig war (BT-Drs. 12/5262, 115 zu § 39 Abs. 3 E). Wählt der Pflegebedürftige häusliche Pflegehilfe, so kann er Pflegegeld (§ 37) nur beanspruchen, wenn er die erforderliche Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch selbstbeschaffte Pflegekräfte sicherstellen kann (vgl. → § 37 Rn. 7 f.). Ist dies nicht der Fall, kann er nur Pflegesachleistung nach § 36 oder stationäre Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Im Übrigen kann der Wunsch des Pflegebedürftigen nur berücksichtigt werden, wenn er dem Wirtschaftlichkeitsgebot („angemessen“) entspricht (vgl. hierzu § 29). Dies bedeutet jedoch nicht, dass er bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen jeweils auf den preiswertesten Leistungserbringer angewiesen ist. Wegen der Leistungsbegrenzung bei Inanspruchnahme einer zugelassenen Pflegeeinrichtung, mit der keine vertragliche Regelung der Pflegevergütung besteht vgl. § 91 Abs. 2. Weiterhin ungeklärt ist die Frage, ob das **Wahlrecht** des Pflegebedürftigen **eingeschränkt** ist, wenn dieser neben den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung weiterhin Pflegeleistungen des Sozialhilfeträgers in Anspruch nimmt. Die Auffassung von Schellhorn (NDV 1995, 54), in diesem Fall müsse der Pflegebedürftige sein Wahlrecht in einer Weise ausüben, die den Sozialhilfeträger möglichst schonen, lässt sich nicht schon aus dem sozialhilferechtlichen Subsidiaritätsgrundsatz (§ 2 SGB XII) ableiten (vgl. hierzu im einzelnen Schulin PV-HdB/Lachwitz § 9 Rn. 172 ff.). Zum Wunsch- und Wahlrecht vgl. Sans RsDE 21 (1993), 1 (2 f.); Neumann, Freiheitsgefährdung im kooperativen Sozialstaat, 1992, S. 113 f.; Schulin PV-HdB/Neumann § 20 Rn. 43 ff.; Giese RsDE 4 (1989), 39. Vgl. zum Ganzen auch → § 13 Rn. 10 ff.
- 5 **Abs. 2 S. 3** wurde mit dem PflegeWEG eingefügt. Die Vorschrift soll dem Anliegen Ausdruck verleihen, Hilfeleistungen möglichst von **gleichgeschlechtlichen Pflegepersonen** durchführen zu lassen, soweit der Pflegebedürftige hierauf Wert legt und dies ohne unverhältnismäßigen Aufwand realisierbar ist. Ein gegen die Pflegekasse oder den Einrichtungsträger gerichteter durchsetzbarer Anspruch auf gleichgeschlechtliche Pflege soll hierdurch allerdings nicht begründet werden (BT-Drs. 16/7439, 45); die Regelung verpflichte Pflegeeinrichtungen aber dazu, wo immer möglich, dem Wunsch von Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher

Pflege Rechnung zu tragen. Im Hinblick auf die Zusammensetzung des Pflegepersonals, das weit überwiegend aus Frauen besteht, erschien im Gesetzgebungsverfahren ein durchsetzbarer Anspruch auf gleichgeschlechtliche Pflege als unrealistisch. Dem widerspricht Boecken (SGb 2008, 698) unter Berufung auf verfassungsrechtliche Vorgaben. Die Verpflichtung zu gleichgeschlechtlicher Pflege ergebe sich angesichts der Notwendigkeit des Schutzes der Intimsphäre unmittelbar aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht; sie könne durch Berufung auf die Personalstruktur oder organisatorische Aspekte nicht aufgehoben werden; selbst wenn eine öffentlich-rechtliche Verpflichtung der Erbringer von Pflegeleistungen nicht bestehe, ergebe sich eine privatrechtlich begründete Verpflichtung zur gleichgeschlechtlichen Pflege aus § 241 Abs. 2 BGB (Boecken SGb 2008, 698 (701)). Um sie zu überwinden, bedürfe es einer ausdrücklichen Einwilligung des Pflegebedürftigen.

V. Rücksichtnahme auf religiöse Bekenntnisse (Abs. 3)

Die Vorschrift trägt dem Umstand Rechnung, dass Pflegeeinrichtungen in großer Zahl von kirchlichen Wohlfahrtsverbänden betrieben werden. Das Wahlrecht des Pflegebedürftigen ist vor allem bei stationärer Unterbringung von Bedeutung. Aus Abs. 3 kann jedoch kein Anspruch auf privilegierte Zulassung von konfessionellen Pflegeeinrichtungen abgeleitet werden (LPK-SGB XI/Klie Rn. 17); auch konfessionelle Einrichtungen müssen die Mindeststandards erfüllen, die als Zulassungsvoraussetzungen in den §§ 71, 72 sowie in Rahmenverträgen nach § 75 und Qualitätsrichtlinien nach § 113 festgelegt sind (vgl. BSG 6.8.1998 – B 3 P 8/97 R, BSGE 82, 252 = SozR 3–3300 § 73 Nr. 1 = NZS 1999, 298).

VI. Hinweispflicht (Abs. 4)

Abs. 4 enthält die Verpflichtung der Pflegekassen zur Aufklärung der Pflegebedürftigen über ihre Wahlrechte. Es handelt sich um eine spezielle Ausformung der allgemeinen Aufklärungs- und Beratungspflicht der Pflegekasse, die sich aus § 7 Abs. 2 und §§ 13 f. SGB I ergibt.

§ 3 Vorrang der häuslichen Pflege

¹Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. ²Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Allgemeines	3
IV. Vorrang der teilstationären und der Kurzzeitpflege (S. 2)	5

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 3 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 89 f.

II. Normzweck

- 2 § 3 enthält eines der wesentlichen Ziele der Pflegeversicherung. Der Gesetzgeber hat den Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege als Sachprogramm der Ausgestaltung des Leistungsrechts zugrunde gelegt. In der Begr. des RegE (S. 89 f.) wird die Bevorzugung der häuslichen Pflege damit gerechtfertigt, dass dies vor allem dem Wunsch der weit überwiegenden Zahl pflegebedürftiger Menschen Rechnung trage, Pflege und Betreuung so lange wie möglich in vertrauter Umgebung zu erhalten. Um dies zu erreichen, soll die Pflegeversicherung dazu beitragen, die Pflegebedingungen im häuslichen Bereich zu verbessern und hierdurch die Bereitschaft der Familien zu unterstützen und zu fördern, Angehörige zu Hause zu pflegen. Ein wesentlicher Grund für die Förderung der häuslichen Pflege war darüber hinaus ursprünglich die unterschiedliche Kostensituation. Auch die Begr. des RegE (S. 90) weist darauf hin, dass die stationäre Pflege und Betreuung auf Dauer erheblich höhere Kosten verursacht als die ambulante Versorgung; dies galt nicht nur im Hinblick auf die finanzielle Situation der Pflegeversicherung, sondern allg. in Bezug auf die Belastung der öffentlichen Haushalte. Diese waren vor der Einführung der Pflegeversicherung zunehmend gezwungen, die stationäre Pflege über Leistungen der Sozialhilfe zu finanzieren, da die Pflegebedürftigen vor Einführung der Pflegeversicherung zunehmend nicht in der Lage waren, ihre Unterbringung aus eigenen Mitteln zu bestreiten (vgl. BT-Drs. 12/5262, 66). Nach der zwischenzeitlich vorgenommenen Ausweitung der Leistungen bei häuslicher Pflege (zB teilstationäre Pflege ohne Anrechnung auf die Pflegesachleistung, § 41 Abs. 3), Wohngruppenzuschlag (§ 38a) und Entlastungsbetrag (§ 45b) ist die Bedeutung des Ziels, eine Überforderung der öffentlichen Haushalte durch Pflegekosten zu vermeiden, in den Hintergrund getreten. Angesichts der sich abzeichnenden demographischen Entwicklung der Bevölkerung und des zunehmenden Fachkräftemangels wird die Förderung der häuslichen Pflege dagegen zunehmend elementar, um überhaupt eine pflegerische Versorgung sicher zu stellen.

III. Allgemeines

- 3 Der Vorrang der häuslichen Pflege gegenüber der stationären ist sowohl für die soziale wie auch für die private Pflegeversicherung maßgebend und rechtfertigt einen unterschiedlichen Leistungsumfang. Der Vorrang kann im Einzelfall jedoch von der Pflegekasse oder der privaten Pflegeversicherung nicht gegen den Willen der Pflegebedürftigen oder potenzieller Pflegepersonen durchgesetzt werden. Das in § 2 Abs. 2 festgelegte und letztlich durch Art. 1 Abs. 1 GG garantierte **Selbstbestimmungsrecht** geht in jedem Fall vor. Allein die objektive Pflegemöglichkeit im häuslichen Bereich reicht auch unter Geltung von § 43 Abs. 1 Hs. 2 (idF vor dem 1.1.2017, vgl. → § 43 Rn. 1 aE) nicht aus, Leistungen der stationären Pflege zu versagen, wenn der Pflegebedürftige selbst oder die als Pflegepersonen in Betracht kommenden Angehörigen eine Pflege im häuslichen Bereich ablehnten (vgl. hierzu → § 43 Rn. 8). Eine Mitwirkungspflicht der Angehörigen oder des Pflegebedürftigen, deren Verletzung zu einer Leistungskürzung führen könnte, sieht das Gesetz insoweit nicht vor. Allerdings ließ § 43 Abs. 4 bis Ende 2016 eine Leistungskürzung zu, wenn die stationäre Versorgung nach der Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich war. Der Vorrang der häuslichen Pflege ist nicht maßgebend, wenn die **erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung** im häuslichen Umfeld nicht sichergestellt sind. Gegen den Willen des Pflegebedürftigen ist eine Heimunterbringung jedoch nur zulässig, wenn das Aufenthaltsbestimmungsrecht von einer anderen Person ausgeübt wird.

Die nach § 43 Abs. 2 bei stationärer Pflege von den Pflegekassen zu tragenden 4
pauschalen Leistungsbeträge sind mit dem Grundsatz des Vorrangs der häuslichen
Pflege nicht vereinbar, soweit sie erheblich höher liegen als die vergleichbaren
Höchstgrenzen für Pflege-Sachleistungen in der häuslichen Pflege. Die Rürup-
Kommission (vgl. deren Bericht: BMG (Hrsg.), Nachhaltigkeit in der Finanzierung
der sozialen Sicherungssysteme, 2003, S. 202) hatte deshalb empfohlen, die Lei-
stungssätze der Pflegestufen II und III zu reduzieren, was politisch aber wohl nicht
umsetzbar erschien. Die erheblich geringere Erhöhung der Leistungen bei stationärer
Versorgung im Vergleich zur Anpassung der Leistungen bei häuslicher Pflege im
PflegeWEG zum 1.7.2008 sowie die Erhöhung der Leistungen bei häuslicher Pflege
für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gerade für die Pflegestufen I
und II (§ 123 Abs. 3) ließ zumindest erkennen, dass der Gesetzgeber die Vorgabe
des § 3 nicht gänzlich aus dem Blick verloren hat. Mit dem PSG II wurden die
Beträge weiter angeglichen. Die Differenz beim Leistungsumfang wurde zudem
durch die Möglichkeit, Tages- und Nachtpflege anrechnungsfrei in Anspruch neh-
men zu können (§ 43 Abs. 3), kompensiert.

IV. Vorrang der teilstationären und der Kurzzeitpflege (S. 2)

Die in den §§ 41, 42 geregelten Leistungen, die eine zeitweise stationäre Versor- 5
gung des Pflegeberechtigten vorsehen, sind als ergänzende Leistungen neben der
häuslichen Pflege konzipiert. Sie ermöglichen eine flexiblere Versorgung und greifen
ein, wenn die häusliche Pflege allein nicht ausreicht. Zugleich sollen sie die Notwen-
digkeit einer dauerhaften stationären Unterbringung vermeiden. Bei einer Beratung
des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen über die zur Verfügung stehenden
Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung nach § 7 Abs. 2 sind sie im Verhältnis
zur vollstationären Unterbringung vorrangig zu empfehlen. Eine weitergehende
Bedeutung kommt dem in S. 2 beschriebenen Vorrang nicht zu.

§ 4 Art und Umfang der Leistungen

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

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2

	Rn.
III. Leistungsformen, Leistungsinhalt und Leistungsumfang (Abs. 1)	3
IV. Art und Umfang der Leistungen (Abs. 1 S. 2)	5
V. Ergänzungsfunktion der Leistungen der Pflegeversicherung (Abs. 2 S. 1)	6
VI. Leistungsgrenzen bei vollstationärer Pflege (Abs. 2 S. 2)	7
VII. Wirtschaftlichkeitsgebot (Abs. 3)	8

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hatte ursprünglich die Fassung des RegE (§ 4 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 90 f. Durch das 1. SGB XI-ÄndG wurde Abs. 2 S. 2 Hs. 1 neu formuliert. In Abs. 1 S. 1 wurden die Definitionen der Bedarfe an Pflegemaßnahmen im PSG II geändert.

II. Normzweck

- 2 § 4 enthält die Grundsätze des Leistungsrechts der Pflegeversicherung; die Einzelheiten finden sich in den allgemeinen Regelungen des Leistungsrechts (§§ 28–35) sowie in den die verschiedenen Leistungsarten betreffenden Vorschriften (§§ 36–43); eine Übersicht über die Leistungsarten der Pflegeversicherung gibt § 28 Abs. 1. Die Unterscheidung der Leistungsformen in Dienst-, Sach- und Geldleistungen geht auf § 11 SGB I zurück. Zu den Leistungen der Pflegeversicherung vgl. → Vor §§ 28–45f Rn. 2 ff.

III. Leistungsformen, Leistungsinhalt und Leistungsumfang (Abs. 1)

- 3 **Dienstleistungen** sind alle Formen persönlicher Betreuung und Hilfe (vgl. Schulin KV-HdB/Schmitt § 28 Rn. 3); in der Pflegeversicherung speziell die von Pflegekräften erbrachten Pflegeleistungen. **Sachleistungen** bestehen im Zurverfügungstellen von Sachen mit Ausnahme von Geld; hierzu gehören Pflegehilfsmittel und technische Hilfen. Beide Leistungsformen werden auch unter dem Begriff **Naturalleistungen** zusammengefasst. Die sozialen Pflegeversicherung geht wie die GKV vom Naturalleistungs- bzw. Sachleistungsprinzip (hiermit sind nach traditioneller Definition beide Leistungsformen gemeint) aus; dh die Naturalleistungen werden von der Pflegekasse beschafft und dem Versicherten zur Verfügung gestellt (vgl. hierzu im Einzelnen → Vor §§ 28–45f Rn. 2). Die häusliche Pflege durch ehrenamtliche bzw. nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen wird von der Pflegekasse nicht als Naturalleistung verschafft; sie zahlt hierfür (gem. § 37) ein **Pflegegeld**. Dieses wurde im Gesetzgebungsverfahren nicht als Geldleistung angesehen, sondern als Naturalleistungssurrogat (BT-Drs. 12/5262, 110 zu § 30 Abs. 1 Nr. 1 E). Diese Auffassung lässt sich sowohl im Hinblick auf die Rspr. zur Geldleistung iSd § 11 SGB I (BSG 6.2.1997 – 3 RK 8/96, SozR 3–2500 § 57 Nr. 6 = NZS 1997, 472; Mrozynski SGB I § 11 Rn. 18 mwN) als auch im Hinblick auf die Qualifizierung des Pflegegeldes als Geldleistung durch den EuGH (5.3.1998 – C-160/96, NZS 1998, 240 = NJW 1998, 1767) nicht aufrechterhalten; vgl. hierzu auch Krasney SGB 1996, 253. **Kostenerstattung** sieht das SGB XI nur im Rahmen von § 91 Abs. 2 vor, wenn der Pflegebedürftige Leistungen einer zugelassenen Pflegeeinrichtung in Anspruch nimmt, mit der keine Vergütungsvereinbarung besteht sowie bei zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b Abs. 1.

Die Vorschrift beschrieb die Leistungen der Pflegeversicherung ursprünglich als **Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an „Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung“**. Als Folge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14) musste die Terminologie geändert werden, da das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit auch dem Leistungsrecht der Pflegeversicherung zugrunde liegt. Die neuen Definitionen von häuslicher Pflegehilfe „körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung“ entsprechen der neuen Terminologie in § 36 Abs. 1 S. 1.

IV. Art und Umfang der Leistungen (Abs. 1 S. 2)

Die Leistungsart (häusliche Pflege als Sachleistung oder Pflegegeld / teil- oder vollstationäre Pflege) hängt vor allem von der Entscheidung des Pflegebedürftigen ab, ob er sich im Haushalt (durch ehrenamtliche oder professionelle Kräfte) oder (ganz oder teilweise) in einem Pflegeheim pflegen lässt (vgl. → § 2 Rn. 4). Die Leistungsart hängt nur begrenzt vom Pflegegrad ab, dem er nach § 15 zugeordnet ist. Leistungen bei vollstationärer Pflege kann auch beanspruchen, wer lediglich dem Pflegegrad 1 angehört. Der Umfang der Leistungen ist im Pflegegrad 1 allerdings beschränkt (§ 28a). Der Pflegegrad, dem der Pflegebedürftige angehört, ist für den Umfang nahezu aller Leistungen maßgebend; dies gilt uneingeschränkt jedoch nur für die häusliche Pflege in der Form der Pflegesachleistung (§ 36) und des Pflegegeldes (§ 37) sowie für die teilstationäre Leistung nach § 41 Abs. 2. Bei Kurzzeitpflege (§ 42) und Verhinderungspflege (§ 39) muss im Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung zumindest Pflegegrad 2 gegeben sein. Bei der vollstationären Pflege war nach der ursprünglichen Fassung des Gesetzes eine solche Differenzierung für den Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen zunächst nicht vorgesehen (vgl. § 43 Abs. 2 aF). Aufgrund der im 1. SGB-XI-ÄndG eingeführten Übergangsvorschriften in Art. 49a § 1 PflegeVG wurde auch die Höhe des Anspruchs bei vollstationärer Pflege von der Pflegestufe abhängig gemacht, der der Pflegebedürftige zugeordnet war. Die Regelung wurde im 3. SGB-XI-ÄndG in den § 43 Abs. 5 übernommen; das PflegeWEG hat die Regelung in den § 43 Abs. 2 integriert. Wegen weiterer Einzelheiten vgl. den Überblick → Vor §§ 28–45f Rn. 6 ff.

V. Ergänzungsfunktion der Leistungen der Pflegeversicherung (Abs. 2 S. 1)

Die Vorschrift stellt klar, dass die Pflegeversicherung keine Vollversorgung der Pflegebedürftigen sicherstellt, wie dies im Grundsatz in Bezug auf die Gesundheitsversorgung in der GKV gewährleistet ist. Die Pflegeleistungen sind grds. auf einen monatlichen Höchstbetrag begrenzt und nehmen auf den im Einzelfall bestehenden Bedarf keine Rücksicht. Die Leistungen bei häuslicher und teilstationärer Pflege haben von daher gegenüber der fortbestehenden Notwendigkeit von Pflegeleistungen durch Familienangehörige, Nachbarn oder sonstige ehrenamtliche Pflegekräfte nur ergänzende Funktion. Den ehrenamtlichen Pflegepersonen obliegt im häuslichen Bereich auch **die Betreuung** des Pflegebedürftigen; zB die Förderung des psychischen Wohlergehens. Diese Aufgabe („soziale Betreuung“) gehört in der stationären Pflege zur Leistungspflicht der Pflegeversicherung (§ 43 Abs. 2 S. 1). Bei der Pflegesachleistung nach § 36 und der teilstationären Pflege nach § 41 besteht die Besonderheit, dass auch bei Ausschöpfung der jeweils vorgesehenen Höchstgrenzen durch Sachleistungen der Pflegekasse eine darüber hinaus notwendige Pflege durch ehrenamtliche Pflegekräfte zumindest deren soziale Absicherung nach § 44 begründet. Das BSG hat in Bezug auf die Verfassungsmäßigkeit der bis Ende 2016 maßge-

benden Begrenzung der Bemessung des Hilfebedarfs nach den Verrichtungen in § 14 Abs. 4 aF und den hierdurch verursachten Ausschluss von Pflegebedürftigen mit Hilfebedarf in anderen Bereichen aus dem Leistungsrecht entscheidend auf die in § 4 Abs. 2 zum Ausdruck kommende Ergänzungsfunktion der Pflegeversicherung abgestellt (BSG 19.2.1998 – B 3 P 3/97 R, BSGE 82, 27 (31) = SozR 3–3300 § 14 Nr. 2 = NZS 1998, 525; ähnlich BVerfG 22.5.2003 – 1 BvR 452/99, FamRZ 2003, 1084 = BeckRS 2003, 22337; BVerfG 22.5.2003 – 1 BvR 1077/00, NZS 2003, 535; kritisch hierzu Baumeister NZS 2004, 191).

VI. Leistungsgrenzen bei vollstationärer Pflege (Abs. 2 S. 2)

- 7 Die Vorschrift ist nur verständlich, wenn man bedenkt, dass ursprünglich vorgesehen war, Pflegebedürftige bei stationärer Versorgung von den durch die Pflege verursachten Kosten in vollem Umfang zu entlasten, soweit global festgesetzte Höchstbeträge nicht überschritten wurden. Im 1. SGB XI-ÄndG wurde Abs. 2 S. 2 dann neu formuliert und um die Definition des Begriffs „pflegebedingte Aufwendungen“ erweitert, der sich zuvor in § 43 Abs. 2 S. 2 befand und dort gestrichen wurde. Die Änderung war erforderlich, um deutlich zu machen, dass die Begrenzung des Leistungsrahmens für alle Formen der stationären Pflege gilt, auch für die Kurzzeit- (§ 42) und die teilstationäre Pflege (§ 41), wo zuvor eine ausdrückliche Beschränkung auf die pflegebedingten Aufwendungen fehlte, aber durch Auslegung angenommen wurde (vgl. → 1. Aufl. 1996, § 42 Rn. 6). Die sog. Pensionskosten (Unterbringung und Verpflegung) muss der Pflegebedürftige aus eigenen Mitteln bestreiten bzw. Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen. § 43 Abs. 2–5 begrenzen auch die Leistungspflicht der Pflegekasse für pflegebedingte Aufwendungen.

VII. Wirtschaftlichkeitsgebot (Abs. 3)

- 8 Die Vorschrift enthält als Programmsatz die Verpflichtung der an der Leistungserbringung Beteiligten auf die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes hinzuwirken, das im Einzelnen in § 29 geregelt ist.

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

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

(2) ¹Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. ²Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugs-

größe nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. ³Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

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

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

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

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Aufgaben der Pflegekassen bei Prävention und Rehabilitation (Abs. 1)	3
IV. Rehabilitation nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit (Abs. 4)	4

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 25.7.2015 durch Art. 6 Präventionsgesetz (PrävG vom 17.7.2015, BGBl. I 1368) grundlegend neu gefasst worden. Abs. 4 entspricht bis auf redaktionelle Änderungen Abs. 1 der ursprünglichen Fassung und Abs. 6 dem ursprünglichen Abs. 2. Die Abs. 1–3 sowie Abs. 5 wurden neu aufgenommen. Durch Art. 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 19.6.2001 (BGBl. I 1046) wurde die Formu-

lierung der ursprünglichen Vorschrift an die Diktion des SGB IX angepasst (vgl. hierzu BT-Drs. 14/5074). Zur Begr. der Neufassung s. BT-Drs. 18/4282.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift regelte bis zur Neufassung durch das PräVG nur den Vorrang von Prävention und Reha vor der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Die **Pflegekassen** waren ursprünglich weder für präventive noch für rehabilitative Maßnahmen zuständig. Bei der fehlenden Zuständigkeit für rehabilitative Leistungen ist es geblieben. Sie können medizinische Leistungen zur Reha lediglich vorläufig erbringen, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern (§ 32). Als Reha-Träger kommen insbesondere die in § 6 Abs. 1 SGB IX aufgeführten Sozialleistungsträger in Betracht. Die Neufassung der Vorschrift verpflichtet sie jetzt allerdings, sich an der **nationalen Präventionsstrategie**, die im Einzelnen in §§ 20d–20f SGB V geregelt ist, mit den Aufgaben, die sich aus Abs. 1 und 2 ergeben, zu beteiligen (Abs. 5).

III. Aufgaben der Pflegekassen bei Prävention und Rehabilitation (Abs. 1)

- 3 Abs. 1 S. 1 sieht vor, dass die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen sollen. Für die Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung enthält Abs. 1 S. 1 damit eine spezielle Vorschrift gegenüber der üblicherweise die Krankenkassen treffenden Verpflichtung zur Erbringung von Leistungen zur Prävention (s. § 20 Abs. 4 Nr. 2 und § 20a SGB V). Für Leistungen zur Prävention, die außerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen zu erbringen sind, bleiben weiterhin die Krankenkassen zuständig.
- 3a Wegen der fehlenden eigenen Zuständigkeit haben die Pflegekassen grundsätzlich nur die Pflicht, bei dem jeweils zuständigen Reha-Träger bzw. dem für Gesundheitsmaßnahmen zuständigen Leistungsträger auf die Durchführung einer Maßnahme zu dringen, wenn eine solche angezeigt ist. Bei den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung ist regelmäßig die Krankenkasse der zuständige Leistungsträger; vgl. § 11 Abs. 2 SGB V, wo die Abwendung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit ausdrücklich als ein den Anspruch auf Reha-Leistungen gegen die Krankenkasse auslösender Tatbestand aufgeführt wird. Die Zuständigkeit anderer Leistungsträger als der Pflegekasse für Präventions- und Reha-Maßnahmen, bei denen durch eine Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit keine wirtschaftlichen Vorteile eintreten, wird zu Recht als kontraproduktiv kritisiert (vgl. Kesselheim/Tophoven DOK 1994, 489). Die Nachteile dieser Zuständigkeitsverteilung sind auch im Gesetzgebungsverfahren erkannt, aber aus Rücksicht auf den begrenzten Finanzrahmen der Pflegeversicherung nicht beseitigt worden. Zum Ausgleich ist auf Veranlassung des Vermittlungsausschusses (BT-Drs. 12/7323, 2) in § 18 Abs. 1 S. 2 aF (jetzt § 18 Abs. 1 S. 3 Hs. 2) ein Anspruch des Versicherten gegen den zuständigen Reha-Träger eingefügt worden (vgl. hierzu → § 18 Rn. 13); der MD hat im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Reha-Möglichkeiten zu prüfen (§ 18 Abs. 1 S. 3 und Abs. 6); die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Versicherten, der einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt hat, spätestens mit dem hierzu ergehenden Bescheid die Reha-Empfehlung des Gutachters zu übersenden und diese für den Betroffenen verständlich zu erläutern (§ 18a Abs. 1 S. 1). Mit der Zuleitung der Empfehlung an den zuständigen Reha-Träger, die allerdings der Einwilligung des

Versicherten bedarf, wird bei diesem ein Antragsverfahren auf medizinische Reha-Leistungen eingeleitet (§ 18a Abs. 1 S. 2). Eine vergleichbare Regelung war zuvor bereits mit § 31 Abs. 3 im PflegeWEG eingeführt worden.

IV. Rehabilitation nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit
(Abs. 4)

Die Vorschrift stellt klar, dass die für Reha-Maßnahmen zuständigen Leistungsträger im Rahmen der für sie maßgebenden leistungsrechtlichen Vorschriften auch nach dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit medizinische und ergänzende Leistungen zur Reha zu erbringen haben. Dieser Verpflichtung trägt für die GKV die Regelung in § 11 Abs. 2 SGB V Rechnung.

Führen rehabilitative oder aktivierende Maßnahmen, die von Pflegeeinrichtungen im Verlauf der pflegerischen Versorgung durchgeführt werden, zu einer Verbesserung des Zustandes des Pflegebedürftigen und einer hieraus resultierenden Zuordnung zu einer niedrigeren Pflegestufe, so erhält die Pflegeeinrichtung gem. § 87a Abs. 4 einmalig einen Betrag von 2.952 EUR. Mit der zum 1.4.2007 in Kraft getretenen Ergänzung des § 40 SGB V um § 40 Abs. 1 S. 2 wurden die Krankenkassen verpflichtet, ambulante medizinische Reha-Leistungen auch in stationären Pflegeeinrichtungen iSv § 72 zu erbringen.

§ 6 Eigenverantwortung

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

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

Übersicht

Rn.

I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Pflicht zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (Abs. 1)	3
IV. Mitwirkungspflicht bei Pflegebedürftigkeit (Abs. 2)	4

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 6 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 91. Durch Art. 10 Nr. 2 SGB IX (vom 19.6.2001, BGBl. I 1046) wurde die Formulierung der Vorschrift an die Begrifflichkeiten des SGB IX angepasst.

II. Normzweck

Die Vorschrift läßt nicht ohne Weiteres erkennen, ob es sich lediglich um einen Appell an die Versicherten handelt oder ob ihr ein unmittelbarer Regelungsgehalt

zu entnehmen ist (vgl. Schulin NZS 1994, 438). Abs. 1 ist § 1 S. 2 SGB V nachgebildet, dessen praktische Tragweite ebenfalls noch unklar ist (vgl. BeckOGK/Peters SGB V § 1 Rn. 2).

III. Pflicht zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (Abs. 1)

- 3 Nach der Gesetzesbegründung fordert die Vorschrift von den Versicherten, dass sie Pflegebedürftigkeit durch eine entsprechende Lebensweise vermeiden. Jeder habe sich so zu verhalten, dass die Solidargemeinschaft so wenig wie möglich in Anspruch genommen werden müsse; dies gelte insbesondere für die Pflicht, an Reha-Maßnahmen mitzuwirken. Warum diese Verpflichtung nur für Versicherte gegenüber der Solidargemeinschaft der sozialen Pflegeversicherung gilt, nicht aber für die Gesamtbevölkerung gegenüber der Gemeinschaft der Steuerzahler wird nicht deutlich. Immerhin sorgt der Versicherte über die Entrichtung von Beiträgen für den Pflegefall vor, während der Nichtversicherte ohne jede Vorsorge die erforderlichen Pflegeleistungen vom Sozialhilfeträger beanspruchen kann. Leistungsrechtliche Folgen bei Verstößen gegen die Verpflichtung zu gesundheitsbewusster Lebensführung sieht das Gesetz nicht vor. An Sanktionen hat man, wie die Materialien zeigen, auch im Gesetzgebungsverfahren nicht gedacht. Zum Begriff „Eigenverantwortung“ vgl. Trenk-Hinterberger FS Zacher, 1998, 1115.

IV. Mitwirkungspflicht bei Pflegebedürftigkeit (Abs. 2)

- 4 Die Vorschrift begründet für Pflegebedürftige Mitwirkungspflichten. Leistungsrechtliche Folgen sind auch hier nicht vorgesehen. Sie ergeben sich nur aus den **allgemeinen Mitwirkungsbestimmungen** in den §§ 60 ff. SGB I, insbesondere § 66 Abs. 2 SGB I. § 66 Abs. 2 SGB I nimmt nur auf die Mitwirkungspflichten nach den §§ 62–65 SGB I und nicht auf die Mitwirkungspflichten nach § 6 Bezug. Pfitzner (BeckOK SozR/Pfitzner Rn. 1) geht daher zu Recht davon aus, dass eine Missachtung der Vorgaben des § 6 sanktionslos bleibt, solange die Pflegekassen den Pflegebedürftigen nicht iSd § 63 SGB I ausdrücklich aufgefordert hat, sich einer konkret benannten Heilbehandlung zu unterziehen.

§ 7 Aufklärung, Auskunft

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

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

1. des Gutachtens des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie
2. der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18c Absatz 4.

²**Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichti-**

gen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.³Die zuständige Pflegekasse informiert die Versicherten unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3.⁴Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten, und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetseite.

(3)¹Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten.²Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite.³Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht.⁴Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen.⁵Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen.⁶Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.

(4)¹Im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Vorschriften dieses Buches das Nähere zur Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung.²Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach

Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereitstellen. ³Dazu gehören auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit diese in der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübermittlung kostenfrei bereitgestellt werden. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab. ⁵Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung der Länder.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Allgemeine Aufklärung und Auskunft (Abs. 1)	3
IV. Informierungs- und Aufklärungspflicht bei drohender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit (Abs. 2 S. 1)	4
V. Benachrichtigungspflicht Dritter (Abs. 2 S. 2)	7
VI. Informierungs- und Auskunftspflicht nach Eingang des Leistungsantrags (Abs. 2 S. 3 und 4)	11
VII. Unterstützung des Pflegebedürftigen nach Eingang eines Leistungsantrags: „Leistungs- und Preisvergleichslisten“ (Abs. 3)	12
VIII. Vereinbarung zur Übermittlung von Angaben (Abs. 4)	14

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG v. 26.5.1994 (BGBl. I 1014, Berichtigung v. 23.9.1994, BGBl. I 2797; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 505/93, BT-Drs. 12/5617, BT-Drs. 12/5920 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/5952 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/6424 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss], BT-Drs. 12/6491 [Unterrichtung Bundesregierung], BR-Drs. 946/93 [Unterrichtung Bundesregierung] und BT-Drs. 12/7323 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss]) eingeführt worden; vgl. die Begr. des RegE S. 91. Durch das LPartG sind mWv 1.8.2001 auch Lebenspartner beratungsberechtigt; zur Begr. vgl. BT-Drs. 14/4550, 9. Mit dem PQsG v. 9.9.2001 (BGBl. I 2320, Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 731/00, BT-Drs. 14/5395, BT-Drs. 14/6308 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) sind mWv 1.1.2002 die Abs. 3 und 4 angefügt worden, die eine **Erweiterung der Beratungspflichten um Leistungs- und Preisvergleichslisten** enthalten. Weiter wurde den Pflegekassen ermöglicht, sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben an den entsprechenden **Angeboten anderer Träger zu beteiligen** (Abs. 4 in der bis zum PSG II geltenden Fassung); zur Begr. vgl. BT-Drs. 14/5395, 24 f., 26 f. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz v. 28.5.2008 (BGBl. I 874; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 718/07, BT-Drs. 16/7439, BT-Drs. 16/8525 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) ist mWv 1.7.2008 Abs. 3 neu gefasst (Art. 1 Nr. 3 PflegeWEG) und die Verpflichtung der Pflegekasse zur **Übermittlung einer Vergleichsliste über Leistungen und Vergütungen zugelassener Pflegeeinrichtungen** zeitlich vorverlegt worden. Weiter ist klargestellt worden, dass die – um **Festlegungen der wohnortnahen Versorgung in Form der Pflegestützpunkte** (§ 92c, jetzt § 7c) und **Verträge zur integrierten Versorgung** (§ 92b) erweiterte – Leistungs- und Preisvergleichsliste von den Landesverbänden der Pflegekassen erstellt, fortgeschrieben und den

Pflegekassen im Land jeweils zur Verfügung zu stellen ist (Abs. 3 S. 3). In § 7 Abs. 3 S. 5 und 6 sind **weitere Hinweispflichten** geschaffen worden. Mit der Einrichtung der **Pflegestützpunkte** (§ 92c, jetzt § 7c) und der Einführung der Pflegeberatung (§ 7a) durch das PflegeWEG wurde auch eine entsprechende **Unterrichtungspflicht der Pflegekassen** über diese Leistungen verbunden (Abs. 3 S. 2); zur Begr. vgl. BT-Drs. 16/7439, 45. Die geänderte Fassung des Abs. 2 S. 2 durch das PNG v. 23.10.2012 (BGBl. I 2246; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 170/12, BT-Drs. 17/9369, BT-Drs. 17/10157 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 17/10170 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) beinhaltet eine Stärkung der Rechte der Pflegebedürftigen auf eine **umfassende und zielgerichtete Beratung durch die Pflegekassen**; vgl. zur Begr. BT-Drs. 17/9369, 34. Mit dem PSG I v. 17.12.2014 (BGBl. I 2222; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 223/14, BT-Drs. 18/1798, BT-Drs. 18/2909 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden die Aufklärungs- und Beratungspflichten mWv 1.1.2015 im Hinblick auf die neu geschaffenen niedrigschwelligen Beratungs- und Entlastungsmöglichkeiten erweitert. Abs. 3 S. 1 und Abs. 4 S. 1 wurden durch PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) mWv 1.1.2016 geändert. Während die bis 2015 geltende Fassung des § 7 den Pflegekassen in Konkretisierung des § 14 SGB I auch Beratungsaufgaben zuordnete, weist die zum 1.1.2016 mit dem PSG II geänderte Fassung der §§ 7, 7a diese beratende Aufgabe allein der **speziellen Pflegeberatung durch Pflegeberater** gem. § 7a zu. Die den Pflegekassen in diesem Zusammenhang verbliebenen Aufgaben im Sinne lediglich noch einer **Aufklärung und Auskunft** können auch durch Mitarbeiter ohne Qualifikation als Pflegeberater iSv § 7a wahrgenommen werden (vgl. BT-Drs. 18/5926, 83). Mit dem PSG III v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191; Bekanntmachung v. 9.1.2018, BGBl. I 126; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 410/16, BT-Drs. 18/9518, BT-Drs. 18/10510 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden Abs. 2 S. 3 aufgehoben (zur Begr. s. BT-Drs. 18/10510, 104), Abs. 3 S. 1 neu gefasst und S. 6 angefügt. MWZ 1.1.2020 wurde in Abs. 2 S. 1 Nr. 1 die Änderungen der Reform des MDK umgesetzt (MDK-Reformgesetz v. 14.12.2019; BGBl. I 2789; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 359/19, BT-Drs. 19/13397, BT-Drs. 19/14871 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]). Mit dem PUEG v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) erfolgt mWz 1.10.2023 ua eine grundlegende Umstrukturierung der bis dahin geltenden §§ 18–18c durch die neuen §§ 18–18e – entsprechend musste ebenfalls mWz 1.10.2023 in Abs. 2 S. 1 Nr. 2 der Verweis auf § 18c Abs. 4 aktualisiert werden. Zu den Gesetzesmaterialien des PUEG vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier va BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BRReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BRReg).

II. Normzweck

Abs. 1 begründet die Pflicht der Pflegekassen, die Eigenverantwortung der Versicherten (§ 6) durch **Aufklärung und Auskunft** zu unterstützen und gibt in erster Linie eine Rechtfertigung für **vorbeugende gesundheitspolitische Aufklä-**

rußungskampagnen und **gesundheitsfördernde Maßnahmen**. Die Regelung stellt eine Konkretisierung der Aufklärungs- und Auskunftspflicht nach §§ 13, 15 SGB I für die soziale Pflegeversicherung dar (s. auch BT-Drs. 18/5926, 83) und wird durch die §§ 7a–7c ergänzt (zu diesem grundsätzlichen Verständnis der §§ 7 ff. vgl. auch BSG 30.8.2023 – B 3 P 4/22 R, BeckRS 2023, 38625 Rn. 13). Die als individuelles Fallmanagement ausgestaltete Pflegeberatung nach § 7a geht über die allgemeine Aufklärungs- und Auskunftspflicht nach § 7 Abs. 1 hinaus. § 37 Abs. 3 regelt die (spezielle) Pflegeberatung bei Bezug von Pflegegeld. Soweit die Unterstützungsmaßnahmen eine gesunde Lebensführung und gesundheitsfördernde Maßnahmen betreffen, entspricht die Vorschrift **§ 1 S. 3 SGB V**; Pflegekasse und Krankenkasse haben insoweit deckungsgleiche Aufgaben. Abs. 2 S. 1 normiert eine Informations- und Aufklärungspflicht bzgl. den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen (insbes. Leistungen der Pflegekassen und anderer Träger einschließlich der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach §§ 45a und 45b – vgl. BSG 30.8.2023 – B 3 P 4/22 R, BeckRS 2023, 38625 Rn. 12 ff.). Abs. 2 S. 2 soll mit der Einbeziehung der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie der Sozialleistungsträger in eine **Benachrichtigungspflicht** bei konkret zu erwartender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit eine **möglichst frühzeitige Aufklärung und Beratung** und den **nahtlosen Übergang zur Pflege** (BT-Drs. 12/5262, 91 f.) sicherstellen. Abs. 3 bezweckt, die Pflegebedürftigen bei der **Ausübung ihres Wahlrechts (§ 2 Abs. 2)** zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger durch **Leistungs- und Preisvergleichslisten** zu unterstützen und macht inhaltliche Vorgaben zu deren Erstellung und Fortschreibung durch die Landesverbände der Pflegekassen. Abs. 4 regelt die Vereinbarungen zur elektronischen Datenübertragung.

III. Allgemeine Aufklärung und Auskunft (Abs. 1)

- 3 Abs. 1 begründet eine Verantwortung der Pflegekassen auch schon **vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit**, also ohne konkreten Anlass, durch Aufklärung und Auskunft über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung die Versicherten zu unterstützen. Durch das PSG II wurde als Folgeänderung aufgrund der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a der ursprünglich sowohl in der Überschrift als auch im Abs. 1 verwendete Begriff „Beratung“ durch „Auskunft“ ersetzt. Auf der Grundlage der aktuell geltenden Fassung haben die Pflegekassen **Aufklärungskampagnen** und **gesundheitsfördernde Maßnahmen** durchzuführen. Wie in der Parallelnorm des SGB V steht diese Verpflichtung der Pflegekassen in engem Zusammenhang mit der **Eigenverantwortung** des Versicherten nach § 6. Trotz des eingeschränkt formulierten Wortlauts des § 7 Abs. 1 ist die Pflicht zur Aufklärung und Auskunft auf die (prophylaktische) Unterstützung einer vorbeugenden Lebensweise nicht beschränkt. Andernfalls wäre sie mit der allgemeinen Aufklärungspflicht des § 13 SGB I deckungsgleich. Vielmehr besteht die Pflicht auch dann, wenn die Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten oder konkret zu befürchten ist.

IV. Informierungs- und Aufklärungspflicht bei drohender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit (Abs. 2 S. 1)

- 4 Dem Wortlaut des § 7 Abs. 2 S. 1 ist zu entnehmen, dass der individuelle Anspruch auf Information und Aufklärung **bei drohender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit** besteht und **keinen Antrag auf Pflegeleistungen** voraussetzt. Anders als bei der Verpflichtung der Pflegekasse zur Übermittlung von Leis-

tungs- und Vergleichslisten nach Abs. 3 wird nicht ausdrücklich an das Vorliegen eines Antrags (§ 33 Abs. 1 S. 1) auf Leistungen nach dem SGB XI anknüpft. Aus dem systematischen Zusammenhang von Abs. 2 S. 1 mit Abs. 2 S. 2 ist zu schließen, dass der Eintritt der Informations- und Aufklärungspflicht an einen **konkreten, die (zumindest potenzielle) Pflegebedürftigkeit betreffenden Anlass** anknüpft (vgl. zur fehlenden Kenntnis der Pflegekasse BayLSG 23.1.2013 – L 2 P 61/12, BeckRS 2013, 67084).

Die **Pflicht zur Information** nach § 7 Abs. 2 S. 1 umfasst die Art, den Umfang und die Formen der Leistungen der Pflegeversicherung – soweit erforderlich dabei auch unter Beachtung des jeweils maßgebenden Landesrechts, deren Ermittlung Sache der Pflegekassen bzw. Krankenversicherungsunternehmen und nicht der Versicherten ist (BSG 30.8.2023 – B 3 P 4/22 R, BeckRS 2023, 38625 Rn. 12 ff. und 22). Im Gesetz ausdrücklich verankert ist eine **Pflicht zur Aufklärung** über den Anspruch auf **Übermittlung der angeforderten Gutachten** und der **gesonderten Rehabilitationsempfehlung** gem. § 18c Abs. 4. Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen der Pflegeversicherung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. Aus Abs. 2 S. 1 ergibt sich weiter eine Verpflichtung der Pflegekassen, den Versicherten erforderlichenfalls auf einen seinen Pflegebedürfnissen gerecht werdenden **Pflegeheimplatz** hinzuweisen (BSG 30.10.2001 – B 3 KR 27/01 R, BSGE 89, 50 (55) = SozR 3–3300 § 12 Nr. 1 = BeckRS 2002, 40650). Nach den Umständen des Einzelfalls ist ggf. auch auf **Leistungen anderer Sozialleistungsträger**, deren eigenständige Beratungs- und Aufklärungspflichten nach den §§ 13, 14 SGB I allerdings weiterbestehen, hinzuweisen. Wenn auch nicht ausdrücklich erwähnt, so ergibt sich aus der Übermittlungspflicht nach Abs. 3 S. 1 zugleich, dass Versicherte im Rahmen der Erstinformation nach § 7 Abs. 2 S. 1 über die **Angebote zur Unterstützung im Alltag** sowie Angaben zur **Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers** zu informieren sind (vgl. BSG 30.8.2023 – B 3 P 4/22 R, BeckRS 2023, 38625 Rn. 13). Die Informationspflichten erstrecken sich dabei auch auf die jeweils **landesrechtlich maßgebenden Vorgaben für die Leistungen nach §§ 45a und 45b** (vgl. hierzu ausführlich BSG 30.8.2023 – B 3 P 4/22 R, BeckRS 2023, 38625 Rn. 14 f.). Da sich die Informationspflichten der Pflegekassen ausdrücklich auch auf die **Angehörigen und Lebenspartner** pflegebedürftiger Personen erstrecken, ist besonderes Augenmerk auch auf die Leistungen zur **sozialen Sicherung der Pflegepersonen** (§ 44 ff.) zu richten. Dies umfasst insbesondere deren soziale Absicherung in der Rentenversicherung (§ 44 Abs. 1), deren Einbeziehung in die Unfallversicherung (§ 44 Abs. 1 S. 6), als arbeitsförderungsrechtliche Möglichkeiten für Pflegepersonen die Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2b SGB III und das Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag für Pflegepersonen nach § 28a SGB III. Die Information und Unterrichtung sind in einer für die Betroffenen **verständlichen Weise** zu erfolgen. Damit soll den besonderen Bedürfnissen des betroffenen Personenkreises Rechnung getragen werden (in BSG 30.8.2023 – B 3 P 4/22 R, BeckRS 2023, 38625 Rn. 15 heißt es pointiert „nicht selten hochbetagt“). Mit verständlicher Sprache wird zumindest klar und verständlich wie in §§ 307 Abs. 1 S. 2, 312c Abs. 1 S. 1 BGB gemeint sein. Abzustellen ist zwar grundsätzlich auf den Empfängerhorizont eines aufmerksamen und sorgfältigen Adressaten. Geboten ist jedoch dabei eine gewisse Subjektivierung, sodass die Informationen auch für Versicherte und ihre Angehörigen verständlich sein müssen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist. Dies gilt insbesondere auch für die schriftlichen Informationen der Pflegekassen (BT-Drs. 18/5926, 83).

Eine Verletzung der Informations- bzw. Beratungs- oder Aufklärungspflicht kann einen **sozialrechtlichen Herstellungsanspruch** begründen (hierzu und eine unterlassene Information über nach Landesrecht im jeweiligen Bundesland aner-

kannte Angebote zur Unterstützung im Alltag und deren Voraussetzungen betreffend BSG 30.8.2023 – B 3 P 4/22 R, BeckRS 2023, 38625 Rn. 18 ff.). Ein solcher kann auch im Rahmen der **privaten Pflegeversicherung** geltend gemacht werden, weil einerseits die Unterstützung der privat Pflegeversicherten bei der Realisierung der ihnen zustehenden Leistungen und Hilfen nicht hinter den entsprechenden Informations-, Beratungs- und Unterstützungsansprüchen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zurückbleiben darf und andererseits bei Beratungsfehlern in der privaten Pflegepflichtversicherung die gleichen Leistungsvoraussetzungen Anwendung finden, die in der sozialen Pflegeversicherung gelten (ausführlicher hierzu BSG 30.8.2023 – B 3 P 4/22 R, BeckRS 2023, 38625 Rn. 17 und 20).

V. Benachrichtigungspflicht Dritter (Abs. 2 S. 2)

- 7 § 7 Abs. 2 S. 2 beinhaltet eine **Verpflichtung von Ärzten, Krankenhäusern, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen Einrichtungen sowie anderen Sozialleistungsträgern**, die zuständigen Pflegekassen zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Abzustellen ist auf die objektiv vorliegende und für das Klinikpersonal grundsätzlich erkennbare Sachlage. Denn Adressat der Verpflichtung aus § 7 Abs. 2 S. 2 ist „das Krankenhaus“ als Organisationseinheit und nicht der einzelne Mitarbeiter (vgl. so auch BSG 17.6.2021 – B 3 P 5/19 R, BSGE 132, 216 = SozR 4–3300 § 7 Nr. 1 = BeckRS 2021, 28839 Rn. 16; ausdrücklich LSG NRW 22.11.2018 – L 5 P 86/17, BeckRS 2018, 51923 Rn. 52). Die **Benachrichtigungspflicht der Krankenhäuser** korrespondiert mit deren Verpflichtung, durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (§ 17c Abs. 1 Nr. 1 KHG i d F von Art. 2 Nr. 5 FPG). Auch § 7 Abs. 2 S. 2 konkretisiert die §§ 13 ff. SGB I, indem gesetzlich festgelegt wird, welche Personen/Behörden in den **Prozess der Vermeidung bzw. Begrenzung von Pflegebedürftigkeit und den Beratungsprozess** eingebunden werden. Der Pflegekasse kann daher ggf. unter dem Gesichtspunkt einer sog. **Funktionseinheit zwischen Leistungsträgern** ein fehlerhaftes Handeln dieser Personen bzw. Behörden zuzurechnen sein (vgl. hierzu zB BSG 6.5.2010 – B 13 R 44/09 R, SozR 4–1200 § 14 Nr. 13 = BeckRS 2010, 73610; bejaht vom LSG Bln-Bbg 23.9.2010 – L 27 P 5/09, BeckRS 2010, 75779, für den Fall eines verspäteten Antrags auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit wg. nicht ausreichender Unterrichtung durch den Arzt; verneint von BayLSG 23.1.2013 – L 2 P 61/12, BeckRS 2013, 67084, bei grundsätzlicher Kenntnis der SGB-XI-Leistungen). Insoweit hat das BSG mit Entscheidung v. 17.6.2021 – B 3 P 5/19 R, BSGE 132, 216 = SozR 4–3300 § 7 Nr. 1 = BeckRS 2021, 28839 Klarheit geschaffen – Leitsatz: Verletzen Krankenhäuser sozialrechtliche Informations- und Beratungspflichten im Rahmen des Versorgungs- und Entlassmanagements zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, sind Beratungsfehler den Pflegekassen im Wege des **sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs** zuzurechnen. Dem BSG folgend LSG BW 26.6.2023 – L 4 P 1640/21, BeckRS 2023, 17400 Rn. 58.
- 8 Die Benachrichtigung der Pflegekasse ist nur mit **Einwilligung** des Pflegebedürftigen zulässig. Dies gilt auch für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten für Beratungszwecke. Diese Benachrichtigungspflicht mit Einwilligung des Versicherten erfordert zunächst dessen Aufklärung und Beratung durch den Verpflichteten über die Möglichkeit einer Benachrichtigung der Pflegekasse und die hierfür erforderliche Einwilligung. Die Aufklärungs- und Beratungspflicht setzt kein entsprechendes Beratungsbegehren des Versicherten voraus, sondern entsteht als Pflicht zur Spontanberatung ua dann, wenn sich der Eintritt von Pflegebe-

dürftigkeit abzeichnet (BSG 17.6.2021 – B 3 P 5/19 R, BSGE 132, 216 = SozR 4–3300 § 7 Nr. 1 = BeckRS 2021, 28839 Rn. 15). Die – aus Nachweisgründen – regelmäßig schriftlich zu erteilende Einwilligung (ein Formerfordernis besteht nicht, sie kann daher zB auch in elektronischer Form erfolgen) ist eine **Willenserklärung nach § 133 BGB**, die der Auslegung zugänglich ist. Gegebenenfalls liegt hierin zugleich ein Begehren des Pflegebedürftigen auf Tätigwerden der Pflegekasse. Für die Pflegekasse besteht bei Vorliegen einer Benachrichtigung iSd § 7 Abs. 2 regelmäßig ein **Anlass, Pflegebedürftige** und ggf. ihre **Angehörigen/Lebenspartner** auf **mögliche Pflegeleistungen** und deren **Beantragung hinzuweisen**. In dem gemeinsamen Rundschreiben der GKV-SpV/Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 17.4.2013 (zu § 7 Nr. 2) besteht nach Eingang der Benachrichtigung außerdem eine Verpflichtung, den Versicherten, seine Angehörigen und seinen Lebenspartner auf die in Frage kommenden Leistungen anderer Leistungsträger hinzuweisen, die anderen Leistungsträger entsprechend zu unterrichten und auf Leistungsanträge auch bei anderen Leistungsträgern hinzuwirken (§§ 5, 18 Abs. 1 letzter Hs., §§ 31, 32).

Ob die Verletzung der Benachrichtigungspflicht nach Abs. 2 S. 2 durch die **Privatrechtssubjekte** (Ärzte, Krankenhäuser, Reha- und Vorsorgeeinrichtungen) deren **zivilrechtliche Haftung** auslöst, hängt davon ab, ob § 7 Abs. 2 S. 2 ein **Schutzgesetz** iSd § 823 Abs. 2 BGB ist. Den Schutz eines anderen bezweckt eine Norm, wenn sie, sei es auch neben dem Schutz der Allgemeinheit, gerade dazu dienen soll, den einzelnen oder einzelne Personenkreise gegen die Verletzung eines Rechtsguts zu schützen. Die Schaffung eines **individuellen Schadensersatzanspruchs** muss erkennbar vom Gesetz erstrebt sein oder zumindest im Rahmen des haftungsrechtlichen Gesamtsystems tragbar erscheinen. Nach diesen Maßstäben verneint die **zivilrechtliche Rspr.** (OLG Hamburg 20.3.2007 – 1 W 6/07, NJOZ 2008, 1145; OLG Hamm 13.11.2007 – 3 U 207/07, BeckRS 2008, 02982; LG Dortmund 4.7.2007 – 4 O 269/04, NJOZ 2008, 132) einhellig den drittschützenden Charakter der Benachrichtigungspflicht nach § 7 Abs. 2 S. 2. Mit dieser Pflicht werde vor allem dem Interesse der Solidargemeinschaft an einer möglichst weitgehenden Vermeidung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit durch bestmögliche Ausnutzung aller zur Verfügung stehenden Pflegeleistungen Rechnung getragen (OLG Hamburg 20.3.2007 – 1 W 6/07, NJOZ 2008, 1145). Neben dieser gesellschaftsbezogenen Zielsetzung und Verantwortlichkeit lasse sich nicht entnehmen, dass der Gesetzgeber mit der Regelung einen **Individualanspruch im Rahmen des haftungsrechtlichen Gesamtsystems** schaffen wollte (OLG Hamm 13.11.2007 – 3 U 207/07, BeckRS 2008, 02982). Im Ergebnis ist der zivilrechtlichen Rspr. zuzustimmen: Für die Annahme eines Schutzgesetzes gem. § 823 Abs. 2 BGB reicht es nicht aus, dass der Individualschutz durch Befolgung der Norm objektiv als deren **Reflex** erreicht werden kann. Er muss vielmehr im Aufgabenbereich der Norm liegen, wobei Schutzzumfang und Kreis der Geschützten deutlich erkennbar sein müssen. Deshalb kommt es nicht auf die Wirkung, sondern auf **Inhalt und Zweck des Gesetzes** sowie darauf an, ob der Gesetzgeber bei Erlass des Gesetzes gerade einen Rechtsanspruch zugunsten von Einzelpersonen oder bestimmten Personenkreisen gewollt oder doch mitgewollt hat. Aus den Bundestagsdrucksachen, die die Motive des Gesetzgebers wiedergeben, lassen sich jedenfalls keinerlei Anhaltspunkte für eine zivilrechtliche Haftung der genannten Privatrechtssubjekte erkennen. Der begrenzte deliktsrechtliche Schutz absoluter Rechtsgüter nach § 823 Abs. 1 BGB und die darin zum Ausdruck kommende gesetzgeberische Wertung darf daher nicht durch eine ausufernde Anwendung des § 823 Abs. 2 BGB umgangen werden. Hinzu kommt, dass gesetzessystematisch die Pflegekassen **Normadressaten** des § 7 Abs. 2 sind, sodass die Möglichkeit einer direkten Inanspruchnahme der über diese Vorschrift lediglich zur Verwirklichung der Ziele der Norm herangezogenen Privatrechtssubjekte wegen der unterbliebenen Benachrich-

tigung der Pflegekasse nicht in Betracht kommt. Unberührt davon bleibt die **vertragliche Haftung** dieser Personen und Einrichtungen, wenn und soweit die Benachrichtigung der Pflegekasse als **Nebenpflicht des konkreten Behandlungs- oder Betreuungsvertrags** ausgestaltet oder zumindest aus diesem ableitbar ist.

- 10 Zum **sozialrechtlichen Herstellungsanspruch** bereits → Rn. 6 und 7.

VI. Informierungs- und Auskunftspflicht nach Eingang des Leistungsantrags (Abs. 2 S. 3 und 4)

- 11 Nach S. 3 informiert die zuständige Pflegekasse die Versicherten **unverzüglich**, also ohne schuldhaftes Zögern, **nach Eingang eines Antrags** auf Leistungen nach dem SGB XI, insbesondere über ihren Anspruch auf die **unentgeltliche Pflegeberatung** nach § 7a, den **nächstgelegenen Pflegestützpunkt** nach § 7c sowie die **Leistungs- und Preisvergleichsliste** nach Abs. 3. Nach S. 4 haben die Versicherten gegenüber der für sie zuständigen Pflegekasse einen **Auskunftsanspruch** über die in den Verträgen zur **integrierten Versorgung** nach § 92b Abs. 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten. Schließlich hat die Pflegekasse diese Angaben auf einer eigenen Internetseite zu veröffentlichen.

VII. Unterstützung des Pflegebedürftigen nach Eingang eines Leistungsantrags: „Leistungs- und Preisvergleichslisten“ (Abs. 3)

- 12 Abs. 3 wurde durch das PSG II mWv 1.1.2016 zur besseren Lesbarkeit neu gefasst. Die bisher in § 7 Abs. 3 S. 4 und 6 enthaltenen Vorschriften zur Pflegeberatung wurden mit den Vorschriften zur Pflegeberatung in § 7a zusammengeführt, die durch besonders qualifizierte Pflegeberater erfolgt (vgl. § 7a Abs. 3 S. 2 und 3). Zum 1.1.2017 erfolgten in S. 1 sowie in Abs. 4 S. 1 redaktionelle Anpassungen aufgrund der Neustrukturierung des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels. Erneut geändert wurde S. 1 durch das PSG III. In der aktuell geltenden Fassung enthält die Vorschrift in S. 1 eine Verpflichtung der Pflegekasse, dem Pflegebedürftigen zur **Ausübung seines Wahlrechts** sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots unverzüglich nach Antragseingang eine näher umschriebene **„Leistungs- und Preisvergleichsliste“** zu übermitteln. Hierbei handelt sich um eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie über anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a, in deren Einzugsbereich die pflegerische Betreuung gewährleistet werden soll. Ferner sind nach der Änderung durch das PSG III auch **Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers** zu machen, damit die Versicherten einzelne Angebote auswählen und die Anbieter durch Aufnahme in die Listen am Wettbewerb teilnehmen können (vgl. BT-Drs. 18/10510, 105 f.).
- 13 S. 2 verpflichtet die **Landesverbände der Pflegekassen**, die Liste nach S. 1 zu erstellen, vierteljährlich zu aktualisieren und auf einer eigenen Internetseite zu veröffentlichen. S. 3 regelt den **Mindestinhalt** der Liste. Nach S. 4 sind auf der Internetseite auch die nach § 115 Abs. 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Abs. 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Nach S. 5 ist die Leistungs- und Preisvergleichsliste den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen. Mit dem durch das PSG III neu angefügten S. 6 handelt es sich um eine Ergänzung der gesetzlichen Vorgaben zu den Leistungs-

und Preisvergleichslisten. Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Angaben nach S. 1 künftig auch **Dritten** zur Verfügung zu stellen, wenn diese die Angaben zu **nicht-gewerblichen Zwecken** nutzen wollen. Damit werden die Wahlmöglichkeiten Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen erweitert. Zugleich wird sichergestellt, dass die Angaben zweckgerecht verwendet werden, indem etwa eine gewerbliche Nutzung ausgeschlossen wird, die Angaben vollständig veröffentlicht werden und bei der Nutzung der Angaben keine Anbieter benachteiligt werden (BT-Drs. 10510, 106). Nur an öffentlich-rechtliche Stellen erfolgt die Übermittlung der Angabe ohne Verwaltungskostenersatz.

VIII. Vereinbarung zur Übermittlung von Angaben (Abs. 4)

Der Umfang und die zeitnahe **Verfügbarkeit von Informationen** über **nied- 14**
rigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, die im Umfeld erreichbar sind, soll mit dem durch das PSG II grundlegend veränderten Abs. 4 verbessert werden, um es den Anspruchsberechtigten zu erleichtern, ihr Wahlrecht nach § 2 Abs. 2 auf Inanspruchnahme dieser Leistungen wahrzunehmen. Die damit einhergehende Überschaubarkeit des im regionalen Umfeld erreichbaren Angebotes für pflegerische und betreuend bzw. entlastend ausgerichtete Hilfen und Unterstützungen ist auch für pflegende Angehörige von hoher Bedeutung. Gleichzeitig fördert die angestrebte Veröffentlichung einer Leistungs- und Preisvergleichsliste auch den **Wettbewerb** zwischen den verschiedenen Angeboten. Die Übermittlung der Angaben zu Leistungen und Kosten soll in **gemeinsamen Vereinbarungen** zwischen den nach Landesrecht für die Anerkennung dieser Angebote zuständigen Stellen und den Landesverbänden der Pflegekassen erfolgen. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen soll die Zusammenführung der Angaben im Rahmen einer elektronischen Datenübermittlung erfolgen, wofür die Vertragsparteien insbesondere **Vereinbarungen über die technischen Standards** treffen sollen. Da die Bereitstellung der Angaben den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung unterstützt, kann sich die Pflegeversicherung aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung der Angaben beteiligen. Die Vertragsparteien nach Abs. 4 S. 1 können Träger weiterer Angebote, die für die Versorgung Pflegebedürftiger und ihre Angehörigen von Bedeutung sind, an der Vereinbarung beteiligen, sofern diese Träger die Angaben zu Art, Inhalt und Umfang ihres Angebotes, Kosten und örtlicher Verfügbarkeit unentgeltlich im Wege der elektronischen Datenübermittlung in dem dafür vorgesehenen technischen Standard bereitstellen können. In diesem Falle sind die Angaben auch in die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 S. 3 aufzunehmen. Durch **Empfehlungen für bundeseinheitliche, technische Standards** soll erreicht werden, dass die Angaben in der Leistungs- und Preisvergleichsliste auch über regionale Grenzen hinaus vergleichbar sind. Nach der Gesetzesbegründung soll dies die Transparenz und den Wettbewerb zum Nutzen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen verbessern (BT-Drs. 18/5926, 84).e

§ 7a Pflegerberatung

(1) ¹Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen **Pflegerberater** oder eine **Pflegerberaterin** bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (**Pflegerberatung**); Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger **Pflegerberater**, eine zuständige

Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. ²Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. ³Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

⁴Der Versorgungsplan wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 3 Nummer 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen.

⁵Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. ⁶Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. ⁷Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den Ansprechstellen der Rehabilitationsträger nach § 12 Absatz 1 Satz 3 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. ⁸Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. ⁹Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. ¹⁰Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 7c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

(2) ¹Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. ²Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. ³Die Pflegeberatung kann auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden und in diesem Rahmen mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen, bei denen im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten

die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. ⁴Bei der Durchführung der Beratung als Videokonferenz gelten die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden. ⁵Für digitale Angebote sowie andere digitale Anwendungen nach dieser Vorschrift gelten die Anforderungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratungen für den Datenschutz und die Datensicherheit bestimmt hat. ⁶Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. ⁴Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet. ⁸Erfolgt die individuelle Beratung nach Absatz 1 Satz 1 mittels barrierefreier digitaler Anwendungen, bleibt der Anspruch der Versicherten auf eine Beratung nach Satz 2 unberührt.

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

(4) ¹Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zu treffen. ²Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. ³Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. ⁴Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen können zur Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen; § 94 Absatz 1 Nummer 8 gilt entsprechend. ⁵Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

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

über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen treffen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Rechtsanspruch auf Pflegerberatung (Abs. 1 S. 1)	4
IV. Entstehen des Anspruchs auf Pflegerberatung (Abs. 1 S. 1 und 9)	7
V. Aufgaben der Pflegerberatung (Abs. 1 S. 1–3 und 7)	8
VI. Individueller Versorgungsplan (Abs. 1 S. 3 Nr. 2–4, S. 4–6)	11
VII. Unabhängige Pflegerberatung innerhalb von Pflegerstützpunkten (Abs. 1 S. 10)	13
VIII. Pflegerberatung außerhalb von Pflegerstützpunkten (Abs. 1 S. 8)	15
IX. Wünsche der anspruchsberechtigten Personen (Abs. 2 S. 1 und 2) ..	16
X. Leistungsanträge bei Pflegerberatern (Abs. 2 S. 6 und 7)	17
XI. Digitale Beratungsangebote (Abs. 2 S. 3–5 und S. 8)	20
XII. Qualifikation und Anzahl der Pflegerberater (Abs. 3)	24
XIII. Gemeinsame Bereitstellung von Pflegerberatern (Abs. 4)	25
XIV. Pflegerberatung durch private Versicherungsunternehmen (Abs. 5) ..	26
XV. Datenschutzregelung (Abs. 6)	27
XVI. Rahmenverträge (Abs. 7)	28
XVII. Beteiligung an Beratungsaufgaben anderer Träger (Abs. 8)	30
XVIII. Erfahrungsbericht (Abs. 9)	31

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde mWv 1.7.2008 durch Art. 1 Nr. 4 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz v. 28.5.2008 (BGBl. I 874; Gesetzesmaterialien: BR–Drs. 718/07, BT–Drs. 16/7439, BT–Drs. 16/8525 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) eingeführt und hatte weitgehend die Fassung des Entwurfs (vgl. Begr. BT–Drs. 16/7439, 7–9, 45–49). Im Gesetzgebungsverfahren wurden zur **Verdeutlichung des Inhalts des Versorgungsplans** Abs. 1 S. 3 aF (vgl. BT–Drs. 16/8525, 13, 95), zur Entgegennahme von Leistungsanträgen durch die Pflegerberater und Pflegerberaterinnen Abs. 2 S. 2 und 3 aF (vgl. BT–Drs. 16/8525, 13 mit Begr. S. 95) und zur **Einbeziehung der Pflegerberatung in die Pflegerstützpunkte** Abs. 1 S. 7 aF eingefügt (BT–Drs. 16/8525, 13, 95). Geändert wurde Abs. 1 S. 2 Nr. 3 aF, nach dessen Inhalt die Pflegerberatung nur (noch) auf die Genehmigung der Maßnahmen und Leistungen anderer Träger zur Umsetzung des Versorgungsplans hinwirken, sie aber nicht selbst wirksam auslösen konnte (BT–Drs. 16/8525, 13, 95). **Wesentlich geändert und erweitert** wurde die Vorschrift durch das **PSG II** v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR–Drs. 354/15, BT–Drs. 18/5926, BT–Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) mWv 1.1.2016 (vgl. BT–Drs. 18/5926, 83 f.). Durch das **PSG III** v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191; Bekanntmachung v. 9.1.2018, BGBl. I 126; Gesetzesmaterialien: BR–Drs. 410/16, BT–Drs. 18/9518, BT–Drs. 18/10510 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde Abs. 4 S. 4 mWv 1.1.2017 ergänzt; mWv 1.1.2018 wird als Folgeänderung aufgrund der Abschaffung der „Gemeinsamen Servicestellen“ im SGB IX die Bezugnahme auf die Gemeinsamen Servicestellen in Abs. 1 S. 7 durch die Formulierung „Ansprechstellen der Rehabilitationsträger nach § 12 Abs. 1 Satz 3 des SGB IX“ ersetzt. Dem Abs. 7 wurden S. 3 und 4 durch Art. 9 des Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften v. 18.7.2017 (BGBl. I 2757; Gesetzesmaterialien: BR–Drs. 159/17, BT–Drs. 18/11488) mWv 29.7.2017 angefügt. Durch das 2. DSAnpUG-EU v. 20.11.2019 (BGBl. I 1626; Gesetzesmaterialien BR–

Drs. 430/18, BT-Drs. 19/4674, BT-Drs. 19/11181) wurde der Schlusssatz in Abs. 6 an das Datenschutzrecht der Verordnung (EU) 2016/679 und in Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/680 angepasst. Mit dem MDK-Reformgesetz v. 14.12.2019 (BGBl. I 2789; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 359/19, BT-Drs. 19/13397, BT-Drs. 19/14871 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde in Abs. 1 S. 3 Nr. 1 der MDK durch den MD ersetzt. Durch das GKV-IPReG v. 23.10.2020 (BGBl. I 2220; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 86/20, BT-Drs. 19/19368, BT-Drs. 19/20720 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde die Aufgabe der Pflegeberatung in Abs. 1 S. 3 Nr. 3 um die „Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18 Absatz 1 Satz 3“ erweitert. Das DVPmG v. 3.6.2021 (BGBl. I 1309; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 52/21, BT-Drs. 19/27652, BT-Drs. 19/29384) fügte in Abs. 2 mWz 9.6.2021 die neuen S. 3–5 und S. 8 ein. Mit dem PUEG v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurden Abs. 2 S. 4 und 5 mWz 1.7.2023 zur Umsetzung datenschutzrechtlicher Vorschriften angepasst; mWz 1.10.2023 wurde der Verweis in Abs. 1 S. 3 Nr. 3 an die grundlegende Umstrukturierung der bis dahin geltenden §§ 18–18c durch die neuen §§ 18–18e angepasst. Zu den Gesetzesmaterialien des PUEG vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzesentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier va BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BReg).

II. Normzweck

- 2 Eine zentrale und in einem komplexen System sozialer Sicherheit mit erheblichen Schwierigkeiten verbundene Zielsetzung des Sozialrechts ist die **optimale Realisierung der Leistungsansprüche**. Die Sozialleistungssysteme sind in mehrere Zweige gegliedert, die idR nach abzusichernden Lebensrisiken aufgeteilt sind und sich teilweise überschneiden. Die Voraussetzungen für die Einbeziehung in die verschiedenen Sozialleistungsbereiche sind ebenfalls differenziert und auf die einzelnen Leistungsbereiche abgestellt. Ein weiterer Umstand, der der optimalen Leistungsrealisierung entgegenwirkt, ist die dem Sozialrecht innewohnende Dynamik. Beim Sozialrecht handelt es sich um eine sich permanent verändernde Materie. Die Probleme der „aktualisierenden“ Gesetzgebung zeigen sich auf dem Gebiet des SGB XI in besonderer Deutlichkeit. Für jeden Bürger, der seine Leistungsansprüche optimal realisieren will, ist die durch **Fülle und Dynamik der Rechtsmaterie bedingte Komplexität** ein tatsächliches Hindernis. Um dieses Hindernis zu überwinden, sind die Bürger in erster Linie auf Informationen angewiesen. Sie müssen wissen, welche Leistungen ihnen überhaupt zustehen und wie sie diese gegenüber der Sozialverwaltung durchsetzen können. Das für die optimale Leistungsrealisierung notwendige Wissen wiederum ist bei den meisten Bürgern nicht umfassend vorhanden. Die Situation verschärft sich idR, wenn es um die Realisierung der Leistungsansprüche pflegebedürftiger Menschen geht. Pflegebedürftige Menschen sind in vielen Fällen in ihrer Möglichkeit, die erforderlichen Kenntnisse selbst zu erlangen, aufgrund ihrer **gesundheitlichen Beeinträchtigungen** eingeschränkt. **Pflegebedürftigkeit erschwert häufig die selbständige Kompensation von Wissensdefiziten**. Das Gebot der optimalen Leistungsrealisierung ver-

langt daher nach besonderen Instrumenten zur Reduktion des tatsächlich bestehenden Wissensdefizits. Die besonderen Instrumente zur Reduktion des informationellen Defizits der pflegebedürftigen Menschen sind in erster Linie die spezifischen Beratungstatbestände im SGB XI, die die allgemeinen Informationspflichten der §§ 13–15 SGB I ergänzen und konkretisieren. Eine **umfassende Information und Beratung** der Versicherten – möglichst durch eine Person oder Stelle ihres Vertrauens – ist daher eine immer wichtiger werdende Voraussetzung für eine an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen orientierte Unterstützung, Pflege und Betreuung. Dabei kommt es nicht alleine auf die Breite des vermittelten Wissens an; wichtig ist, dass die Betroffenen in die Lage versetzt werden, aus den verschiedensten Angeboten unterschiedlicher Träger die für sie am besten passenden Leistungsangebote nach ihren Bedarfen und Wünschen zusammenstellen zu können (BT-Drs. 18/5926, 84).

§ 7a als zentraler Beratungstatbestand des SGB XI regelt die Inhalte des „**einklagbaren Individualanspruchs auf Pflegeberatung**“ (BT-Drs. 16/7439, 46) im Sinne eines **personenbezogenen Fallmanagements** in der Pflege (BT-Drs. 16/7439, 45). Es besteht ein enger Zusammenhang des § 7a mit der Einrichtung von **Pflegestützpunkten zur wohnortnahen Versorgung** nach § 7c, deren Aufgaben ua eine umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem SGB und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangebote sind. Mit dem durch das PNG eingeführten **Beratungsgutschein** (§ 7b) ist eine weitere Regelung zur Umsetzung des Anspruchs auf Pflegeberatung geschaffen worden. § 7a Abs. 1 konkretisiert die Inhalte der Pflegeberatung ua durch eine **Legaldefinition des Begriffs der Pflegeberatung** und eine detaillierte, nicht abschließende („insbesondere“) Aufzählung der Aufgaben der Pflegeberatung. Im Zentrum steht die Erstellung eines **individuellen Versorgungsplans**. Abs. 2 regelt die **Einbeziehung Dritter in die Pflegeberatung**, die **Stellung von Leistungsanträgen beim Pflegeberater oder bei der Pflegeberaterin** und die **digitale Pflegeberatung**. Abs. 4–5 enthalten Regelungen zur **Organisation** der Pflegeberatung. Abs. 6 betrifft den **Datenschutz**. Abs. 7 regelt die **Rahmenverträge** über die Zusammenarbeit in der Beratung. Abs. 8 ermöglicht die **finanzielle und organisatorische Beteiligung** der Pflegekassen an Beratungsaufgaben anderer Träger. Abs. 9 verpflichtet des Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorlage eines **Berichtes**.

III. Rechtsanspruch auf Pflegeberatung (Abs. 1 S. 1)

Während § 7 einen Anspruch des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen auf umfassende Aufklärung und Auskunft festschreibt, beinhaltet § 7a einen **(weitergehenden und konkreten) subjektiven Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung** und Ausarbeitung eines auf den einzelnen Pflegebedürftigen bezogenen **Versorgungsplans**. Der Anspruch richtet sich gegen die Pflegekassen (vgl. Abs. 1 S. 8 „Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung...“; § 7c Abs. 1 S. 1; vgl. BT-Drs. 16/7439, 46). Aus dem subjektiven Rechtsanspruch auf Beratung ergibt sich zunächst die Möglichkeit, diesen Anspruch im Wege einer sozialgerichtlichen **Leistungsklage** geltend zu machen. Es handelt sich hierbei um den **originären Anspruch auf Vornahme einer fehlerfreien Beratung**. Ziel ist also die Durchsetzung des Anspruchs selbst, nicht die Korrektur oder Sanktionierung einer fehlerhaften Handlung. Die Durchsetzung des originären Erfüllungsanspruchs ist in der Praxis allerdings selten, weil irgendeine Beratung doch vorgenommen wird und Fehler, die sich hierbei ergeben, erst später erkannt und dann im Streit um den zu erlassenden Verwaltungsakt über die Gewährung einer Leistung oder im Zusammenhang mit dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch (vgl. hierzu auch BSG

17.6.2021 – B 3 P 5/19 R, BSGE 132, 216 = SozR 4–3300 § 7 Nr. 1 = BeckRS 2021, 28839) erörtert werden.

- 5 Nach der **gesetzlichen Definition des Begriffs der Pflegeberatung** in § 7a Abs. 1 S. 1 orientiert sich der Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen bzw. sonstigen Hilfsangeboten nicht nur an dem **Pflege-, sondern auch an dem Versorgungs- und Betreuungsbedarf** der Betroffenen. Die gesetzliche Definition, wonach die Pflegeberatung die individuelle „**Beratung**“ und „**Hilfestellung**“ umfassen soll, könnte den Eindruck wecken, Beratung und Hilfestellung seien zwei rechtlich und tatsächlich selbständige Aufgabenbereiche. Dieser Eindruck ist nur begrenzt zutreffend. Beratung und Hilfestellung stellen vielmehr eine einheitliche und ineinandergreifende Aufgabe dar. Die Grenzen zwischen beratender und helfender Tätigkeit sind in der Praxis häufig fließend. Eine trennscharfe Abgrenzung der beiden Bereiche ist weder möglich noch rechtlich notwendig. Nach dem allgemeinen Begriffsverständnis lässt sich das Verhältnis zwischen Beratung und Hilfestellung wie folgt bestimmen: Während jede Beratung zugleich eine Hilfestellung ist, stellt nicht jede Hilfestellung eine Beratung dar. Hilfestellung ist also im Vergleich zur Beratung der weitere Begriff, wobei im Kontext der Pflegeberatung die **Beratung als wichtigste Form der Hilfestellung** anzusehen ist.
- 6 Beratung beschreibt einen **Kommunikationsvorgang** zwischen zwei Personen in der Weise, dass eine Person (Berater) die andere Person (Beratene) berät. Als Kommunikationsvorgang ist sie eine Form des **informationellen Verwaltungshandelns**. Unter dieser Bezeichnung wird das Verwaltungshandeln zusammengefasst, das sich der Informationsübermittlung als Instrument der Aufgabenerfüllung bedient und als **schlichtes Verwaltungshandeln** nicht auf einen Rechtserfolg, sondern auf eine tatsächliche Wirkung abzielt. Als subjektiver und einklagbarer Rechtsanspruch ist die Pflegeberatung nach § 7a dem zentralen und allgemeinen Beratungstatbestand des **§ 14 SGB I** nachgebildet, wonach jeder einen Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch hat. Während die Beratungspflicht nach § 14 SGB I sich auf alle sozialrechtlichen Fragen, die für den einzelnen zur Beurteilung seiner Rechte und Pflichten von Bedeutung sind oder in Zukunft von Bedeutung sein können, erstreckt und damit im Wesentlichen eine Rechtsberatung beinhaltet, erfasst die Pflegeberatung nach § 7a – über die **Rechtsberatung** hinaus – die **gesamte Bedarfs- und Lebenssituation**. Konkret kann sich die Pflegeberatung auf die Information über mögliche Sozialleistungen anderer Träger sowie Hilfestellungen bei dem Ausfüllen und Einreichen von Anträgen und bei der Zusammenstellung notwendiger Unterlagen beziehen. Im Rahmen der Pflegeberatung werden **keine verbindlichen Entscheidungen über Maßnahmen und Leistungen anderer Träger** getroffen. Vielmehr wird nur auf deren Tätigwerden hingewirkt.

IV. Entstehen des Anspruchs auf Pflegeberatung (Abs. 1 S. 1 und 9)

- 7 Der **Anspruch auf Pflegeberatung** entsteht nach § 7a, wenn der Pflegebedürftige Leistungen nach dem SGB XI erhält (Abs. 1 S. 1) oder einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt hat und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht (Abs. 1 S. 9). Um Beratungsleistungen in Anspruch nehmen zu können, ist es nicht erforderlich, dass der Pflegegrad 1 erreicht wird (vgl. Schubert/Schaumburg NZS 2009, 353). Im **Anschluss an einen Aufenthalt in einem Krankenhaus** oder in einer Rehabilitationseinrichtung wird häufig ein Anspruch auf Pflegeberatung entstehen (vgl. die Benachrichtigungspflicht in § 7 Abs. 2 S. 2). Dem Einsetzen

der Pflegeberatung bereits mit der **Erkennbarkeit des Hilfe- und Beratungsbedarfs** entspricht es, dass Sozialhilfeleistungen (insbesondere die Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff. SGB XII) mit Ausnahme der Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auch ohne Antrag einsetzen, sobald dem **Träger der Sozialhilfe** oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistung vorliegen (§ 18 Abs. 1 SGB XII). Da § 18 SGB XII zum Schutz des Hilfebedürftigen einen niedrigschwelligen Zugang zum Sozialhilfesystem sicherstellen will (BSG 26.8.2008 – B 8/9 b SO 18/07 R, NVwZ-RR 2009, 287), ist es für die Annahme einer **Kenntnis iSd § 18 SGB XII** ausreichend, dass die Notwendigkeit der Hilfe dargetan oder sonst wie erkennbar ist (BVerwG 9.11.1976 – V B 80.76, FEVS 25, 133 (135) = BeckRS 1976, 714). Die zu dieser Norm entwickelten Grundsätze können auf die **Erkennbarkeit eines Hilfe- und Beratungsbedarfs iSd § 7a Abs. 1 S. 9** übertragen werden.

V. Aufgaben der Pflegeberatung (Abs. 1 S. 1–3 und 7)

Im Anschluss an die Legaldefinition der Pflegeberatung in Abs. 1 S. 1 enthält die Vorschrift in Hs. 2 eine durch das PSG II eingeführte „**Soll-Verpflichtung**“ der Pflegekassen, Anspruchsberechtigten **vor der erstmaligen Beratung unverzüglich einen zuständigen Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle zu benennen**. Ratsuchenden Leistungsbeziehern sollen die Pflegekassen vor Ort **schnell, unbürokratisch und unverzüglich feste Ansprechpartner** für eine individuelle Beratung benennen. Seien es die zuständigen Pflegeberater und Pflegeberaterinnen oder sonstige Beratungsstellen, die entsprechende Hilfe und Unterstützung bei Auswahl und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne eines Fallmanagements auf Basis der in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1a festgelegten Verfahrens-, Durchführungs- und inhaltlichen Maßstäbe und Grundsätze leisten. Vorzugsweise haben sie auch für spätere Rückfragen, zB auch telefonischer Art, oder für Folgeberatungen bei späteren Antragsstellungen auf Leistungen zur Verfügung zu stehen. Eine **personelle Kontinuität** in der Beratung wird die Begleitung der Betroffenen im Zeitablauf, die Beobachtung des Erfolges des Versorgungsplanes und der darin vorgesehenen Koordinierung unterschiedlichster Leistungsangebote zugunsten der Betroffenen zugutekommen. Auch bei **Abwesenheit des benannten Pflegebersaters** ist durch die Pflegekasse eine Vertretung zu gewährleisten, damit die Zwei-Wochen-Frist für die Einräumung eines Beratungstermins nach Antragstellung auf Leistungen eingehalten wird, oder es ist eine sonstige Beratungsstelle zu benennen (vgl. BT-Drs. 18/5926, 84 f.).

Das Nähere, insbesondere zu den Maßstäben und Grundsätzen des Verfahrens, der Durchführung und der Inhalte der Pflegeberatung wird in **Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen** gem. § 17 Abs. 1a. Der durch das PSG II eingefügte Abs. 1 S. 2 ordnet zugleich an, dass die Richtlinien nach § 17a für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung **maßgeblich** und somit für alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie sonstige Beratungsstellen, die Pflegeberatungen iSd § 7a durchführen, **unmittelbar verbindlich** sind (vgl. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7.5.2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) geändert durch Beschluss vom 19.6.2023: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/2023-06-19_Pflegeberatungs-Richtlinien.pdf). Das Gutachten nach § 18 sowie die Empfehlungen nach § 18b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 2 sind in die Beratung durch die Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater einzubeziehen, sofern die Pflegebedürftigen diese aushändigen. Ziel ist vor allem, neben der Vereinheitlichung auf Bundesebene die Dienstleistungs- und Verbraucherorientierung sowie die Qualität, Zweck-

mäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der im SGB XI verankerten Beratungstätigkeiten zu verbessern und Doppelstrukturen damit abzubauen (BT-Drs. 18/5926, 84).

- 10 Abs. 1 S. 3 enthält einen **nicht abschließenden** („insbesondere“) **Katalog** der Aufgaben der Pflegeberatung: Die **Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs** nach Abs. 1 S. 3 Nr. 1 muss sich auf die Erarbeitung eines individuellen Versorgungsplans mit Hinblick auf gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Aspekte beziehen. Bei der Ermittlung des Hilfebedarfs sind die Feststellungen der Begutachtung durch den **MD** (§ 18b Abs. 4) zu berücksichtigen. Nach der durch das PSG II vorgenommenen Neufassung des Abs. 1 S. 3 Nr. 1 werden die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater verpflichtet, für die von ihnen betreuten, ratsuchenden Leistungsbezieher regelmäßig auch die Ergebnisse von Pflegeberatungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 in der eigenen Häuslichkeit darauf durchzusehen, ob sich hieraus Anhaltspunkte für einen weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarf zur Stabilisierung der häuslichen Situation ergibt. Allerdings sollen die Ergebnisse dieser Pflegeberatungsbesuche nur dann einbezogen werden können, wenn der Pflegebedürftige oder – bei fehlender Einwilligungsfähigkeit – seine gesetzliche Vertretung dem zugestimmt hat (BT-Drs. 18/5926, 85). Abs. 1 S. 3 Nr. 2–4 enthalten **Vorgaben zur Erstellung und Durchführung eines individuellen Versorgungsplans**. In Abs. 1 S. 3 Nr. 5 ist vorgesehen, dass bei besonders komplexen Fallgestaltungen der Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren ist, um die Erfahrungen für künftige Fallbearbeitungen nutzbar zu machen. Dier durch das PSG II neu eingeführte Aufgabe nach Nr. 6 verstärkt die Verpflichtung der Pflegeberatung, auch gezielt über **Entlastungsangebote für pflegende Angehörige** zu informieren. Dazu gehören zB Angebote zur Verhinderungspflege, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Angebote der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, Rehabilitationsmaßnahmen oder Freistellungsmöglichkeiten nach dem Pflegezeit- und dem Familienpflegezeitgesetz. Damit wird dem Ziel Rechnung getragen, die pflegenden Angehörigen besser zu unterstützen (BT-Drs. 16/6688, 131). Soweit Abs. 1 S. 7 die Verpflichtung zur engen **Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen** (insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 SGB IX bzw. nach deren Abschaffung zum 1.1.2018 zu den **Ansprechstellen der Rehabilitationsträger** nach § 12 Abs. 1 S. 3 SGB IX) enthält, sollen deren Erfahrungen zur Beratung und Unterstützung der Pflegeberatung eingebunden werden (BT-Drs. 16/7439, 47).

VI. Individueller Versorgungsplan (Abs. 1 S. 3 Nr. 2–4, S. 4–6)

- 11 § 7a Abs. 1 S. 3 Nr. 2 beinhaltet einen **Rechtsanspruch auf Erstellung eines individuellen Versorgungsplans**, der im Wege der allgemeinen Leistungsklage verfolgt werden kann. Im Versorgungsplan sollen die Ergebnisse aus der Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen festgeschrieben und alle im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen sowie gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen aufgeführt werden. Gemeint sind damit alle notwendigen Leistungsangebote, die sich auf die Förderung und Erhaltung der Gesundheit, die Pflege und die soziale Integration beziehen. Um Wirksamkeit und Nutzen der Versorgungspläne zu verbessern, wurde Abs. 1 S. 4 durch das PSG II dahingehend ergänzt, dass Versorgungspläne **nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Abs. 1a** zu erstellen und umzusetzen sind. Über die Voraussetzungen und Inhalte eines Versorgungsplans einschließlich seiner Überwachung und Anpassung an veränderte Bedarfslagen soll daher entsprechend des individuellen Bedarfs der Anspruchsberechtigten auf Grundlage der Richtlinien nach § 17 Abs. 1a im Einzelfall bedarfsgerecht entschieden

werden. Nach der Gesetzesbegründung ist dabei insbesondere auch der individuelle Bedarf von **Personengruppen mit einem spezifischen Unterstützungsbedarf** zu berücksichtigen, wie zB der Unterstützungsbedarf im Falle der Pflege durch berufstätige Angehörige, für Personen mit demenziellen oder anderen spezifischen Bedarfen, für pflegebedürftige Kinder und für pflegebedürftige Personen mit Migrationshintergrund (BT-Drs. 18/5926, 85).

Soweit § 7a Abs. 1 S. 5 vorsieht, dass bei der Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans **Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden** und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben ist, wird auf die **Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts der Pflegebedürftigen** (§ 2 Abs. 2), die Berücksichtigung des Wohnumfeldes und die Situation der Pflegepersonen abgestellt. **Mitwirkungspflichten** dürfen dem Pflegebedürftigen nur nach dem Verfahren und mit den Inhalten der §§ 60 ff. SGB I auferlegt werden. Ist für die im Versorgungsplan festzuschreibenden bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstige Hilfsangebote die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers als diejenige der Pflegekasse gegeben, kommt den Pflegekassen eine **Koordinierungsaufgabe** zu, die ein sinnvolles Ineinandergreifen aufeinander aufbauender Maßnahmen verschiedener Leistungsträger sicherstellen soll. § 7a Abs. 1 enthält **keine (abschließende) Aufzählung** der an der Aufstellung des Versorgungsplans zu beteiligenden Leistungsträger. In Betracht kommen insbesondere der Sozialhilfeträger, die Krankenkasse sowie der Renten- und Unfallversicherungsträger. Die Pflegekasse müssen die **zuständigen Leistungsträger** frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einbeziehen (Abs. 1 S. 6) und sollen im weiteren Verlauf auf die Genehmigung der im Versorgungsplan vorgesehenen Maßnahmen durch den jeweils zuständigen Leistungsträger hinwirken, insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 2 (Abs. 1 S. 3 Nr. 3). Allerdings begründet die Aufnahme einer Leistung oder Maßnahme in den Versorgungsplan keinen Anspruch darauf, dass die geplante Maßnahme auch durchgeführt wird. Erforderlich sind vielmehr **gesonderte Bewilligungsentscheidungen der jeweils zuständigen Leistungsträger**, weil die Aufnahme vorgesehener Maßnahmen in den Versorgungsplan **keinen rechtsverbindlichen, sondern nur empfehlenden Charakter** hat (vgl. BT-Drs. 16/7439, 47; BT-Drs. 16/852, 95). Möglich ist die **Erteilung von Zusicherungen** durch den zuständigen Leistungsträger (§ 34 SGB X). Die weiteren Regelungen zum Versorgungsplan in Abs. 1 S. 3 Nr. 4 sollen bewirken, dass der Versorgungsplan nicht nur erstellt, sondern wegen möglicher **Änderungen der Bedarfe im Zeitablauf** auch überwacht sowie den veränderten Bedarfen und tatsächlichen Gegebenheiten angepasst wird.

VII. Unabhängige Pflegeberatung innerhalb von Pflegestützpunkten (Abs. 1 S. 10)

Als **Aufgabe der Pflegestützpunkte** benennt der mit § 7a in **engem Zusammenhang stehende § 7c Abs. 2 S. 1 Nr. 1** die umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem SGB und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten, wobei an **vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen** (§ 7c Abs. 2 S. 2) angeknüpft werden soll (BT-Drs. 16/7439, 46). Je nach Trägerform der bisher existierenden Einrichtungen zur Pflegeberatung in den Bundesländern und Binnenstruktur der Pflegestützpunkte nach § 7c (vgl. allg. Klie/Ziller NDV 2009, 173 ff.) kann die Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte integriert oder auf Dritte übertragen werden. Vorschriften zur **Sicherstellung der Pflegeberatung innerhalb der Pflegestützpunkte** enthalten § 7a Abs. 1 S. 10

und Abs. 4. Für den Fall, dass die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 7c Abs. 1 S. 1 bestimmt hat, ist nach § 7a Abs. 1 S. 10 (durch von den Beteiligten vertraglich vereinbarte Regularien) sicherzustellen, dass in dem jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 7c Pflegeberatung iSd § 7a in Anspruch genommen werden kann. Die Regelung des § 7a Abs. 4 S. 1, nach der die Pflegekassen im Land Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitstellen müssen, verfolgt das Ziel, die Pflegeberatung möglichst wirtschaftlich zu erbringen (BT-Drs. 16/7439, 48; BT-Drs. 16/8525, 95; vgl. ergänzend → Rn. 25 ff.).

- 14 Hinsichtlich der von Abs. 1 S. 10 geforderten **Neutralität der Pflegeberatung** wird in der Literatur bezweifelt, dass diese ausreichend gewährleistet werden kann, wenn die Pflegeberatung von der Pflegekasse und Krankenkasse teilweise in Kooperation mit weiteren Trägern nach Landesrecht organisiert wird und gleichzeitig die in den Pflegestützpunkten tätigen Mitarbeiter von diesen Trägern ausgewählt und finanziert werden (LPK-SGB XI/Schiffer-Werneburg, 4. Aufl. 2014, § 92c Rn. 18). Dieser Konflikt kann nur teilweise durch Anerkennung einer (weitgehenden) Weisungsfreiheit der Pflegeberater entschärft werden (vgl. Schubert/Schaumborg NZS 2009, 353 (357)). Im Zusammenhang des § 7 Abs. 4 – eingeführt durch das PQsG – hat der Gesetzgeber die Unabhängigkeit der Beratung so verstanden, dass diese insbesondere **unabhängig von den Anbietern der Pflegeleistungen** gewährleistet sein solle (BT-Drs. 14/5395, 27). Dies ist fraglich, wenn der Pflegestützpunkt – wie dies § 7c Abs. 4 ermöglicht – bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet wird (vgl. kritisch Krahmer/Nordmann ZFSH/SGB 2013, 193 ff. (198)).

VIII. Pflegeberatung außerhalb von Pflegestützpunkten (Abs. 1 S. 8)

- 15 Besteht in dem jeweiligen Bundesland zB eine funktionsfähige Angebotsstruktur in kommunaler Trägerschaft und wird von der zuständigen obersten Landesbehörde auf die Einrichtung von Pflegestützpunkten verzichtet, kann nach § 7a Abs. 1 S. 7 die Aufgabe der Pflegeberatung auf Dritte übertragen werden (**sog. Delegationsmodell**), bei denen es sich auch um gemeinnützige und freie Einrichtungen und Organisationen (§ 17 Abs. 3 SGB I) handeln kann (Schütze/Roos SGB X § 97 Rn. 5). Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers sollen hierfür insbesondere Stellen infrage kommen, die bisher **auf regionaler Ebene Beratungs- oder Koordinierungsaufgaben** wahrnehmen (BT-Drs. 16/7439, 47: ua nach Landesrecht zu bestimmende Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege, wenn sie nicht als Vertragspartner in den Pflegestützpunkt eingebunden sein wollen). **Dritte iSv § 97 Abs. 1 S. 1 SGB X** sind alle, die die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen der Betroffenen wahrende Erfüllung der Aufgaben bieten. Nach § 7a Abs. 1 S. 8 kann die Pflegeberatung auch gänzlich auf Dritte übertragen werden. Eine Entscheidungsbefugnis über Leistungen nach dem SGB XI oder – bei entsprechender Beauftragung – nach dem SGB V können aber nur Pflegeberater haben, die gleichzeitig als Mitarbeiter der zuständigen Pflegekasse oder Krankenkasse handeln.

IX. Wünsche der anspruchsberechtigten Personen (Abs. 2 S. 1 und 2)

- 16 Bis zum PSG II sah Abs. 2 S. 1 vor, dass auf Wunsch die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in

der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, zu erfolgen hatte. Mit dem PSG II wurde der bisherige Inhalt – teilweise modifiziert – in den S. 1 und 2 neu formuliert: Der neue S. 1 regelt nunmehr, dass auf Wunsch der anspruchsberechtigten Personen die Pflegeberatung **auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen** oder unter deren Einbeziehung erfolgt. Während nach bisherigem Recht die Angehörigen und Lebenspartner lediglich einzubeziehen waren, erweitert die Neufassung zum einen den Anwendungsbereich auf „weitere Personen“ und gewährt zum anderen diesem erweiterten Personenkreis einen unmittelbaren Anspruch auf Pflegeberatung, soweit der Leistungsberechtigte dies wünscht. Der neue S. 2 entspricht hingegen der zuvor geltenden Rechtslage, wonach auf Wunsch der anspruchsberechtigten Personen die **Pflegeberatung in der häuslichen Umgebung** oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, erfolgen muss; hierüber müssen die Pflegekassen aufklären (Krahmer/Nordmann ZFSH/SGB 2013, 193 ff. (195)). Die ursprünglich im Entwurf des PSG II beabsichtigte Gestaltung der Regelung als „Soll-Vorschrift“ hat sich im Gesetzgebungsverfahren nicht durchgesetzt. Die Pflegekasse hat nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers dem Wunsch eines Anspruchsberechtigten auf Pflegeberatung in der häuslichen Umgebung **ausnahmslos** zu entsprechen (BT-Drs. 18/6688, 131). Die Regelungen von S. 1 und 2 tragen den Bedürfnissen der Lebenswirklichkeit bei einer Versorgung im häuslichen Umfeld Rechnung und erleichtern die rechtzeitige Organisation und Koordinierung der als notwendig erachteten informellen und professionellen Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen im Einzelfall. Auch können sie einer Überforderung der pflegenden Angehörigen durch die Pflegesituation positiv entgegenwirken (vgl. BT-Drs. 18/5926, 85 f.).

X. Leistungsanträge bei Pflegeberatern (Abs. 2 S. 6 und 7)

Die im Gesetzgebungsverfahren des PflegeWEG eingefügte Regelung (damals noch als S. 3 und 4 – seit dem DVPMG als S. 6 und 7) zu **Leistungsanträgen bei Pflegeberatern** nach dem SGB XI oder dem SGB V (vgl. BT-Drs. 16/8525, 95) sieht vor, dass ein Versicherter einen Leistungsantrag bezogen auf Leistungen nach dem SGB V oder dem SGB XI auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen kann (Abs. 2 S. 6). Der Entwurf des PSG II sah zunächst vor, vor den Wörtern „Pflegeberater“ und „Pflegeberaterin“ jeweils das Wort „zuständigen“ einzufügen. Damit sollte im Sinne einer „versichertenfreundlichen Verbesserung der Dienstleistungs- und Serviceorientierung der Pflegeberatung“ einem „Wunsch vieler Betroffener nach personeller Kontinuität der Betreuung durch die Pflegekassen“ Rechnung getragen werden (vgl. BT-Drs. 18/5926, 86). Diese Begründung vermochte nicht zu überzeugen. Zu Recht wurde die vorgesehene Änderung im weiteren Gesetzgebungsverfahren aufgegeben (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Gesundheitsausschusses, BT-Drs. 18/6688, 132). Damit bleibt es bei der bisherigen Rechtslage, dass ein Leistungsantrag auch bei **jedem Pflegeberater** bzw. bei jeder Pflegeberaterin der Pflegekasse gestellt werden kann. Der Antrag ist sodann unverzüglich der zuständigen Pflegekasse oder Krankenkasse zu übermitteln, die den **Leistungsbescheid** unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet (Abs. 2 S. 7).

Mit der Regelung des Abs. 2 S. 6 und 7 wird zur Sicherstellung einer zügigen Umsetzung der Ergebnisse der Pflegeberatung, der Ermittlung des Hilfebedarfs und der Erstellung eines Versorgungsplans eine **persönliche Pflicht der Pflegeberater** zur Entgegennahme von Anträgen unabhängig davon geschaffen, ob sie als Mitarbeiter der für den jeweiligen Antrag zuständigen Pflegekasse bzw. Krankenkasse, als Mitarbeiter einer beauftragten Pflegekasse in den Pflegestützpunkten tätig werden (§ 7a Abs. 4) oder in den Fallgestaltungen des § 7a Abs. 1 S. 8 als Dritte beauftragt

worden sind. Soweit die Pflegeberater als Mitarbeiter der Pflegekasse oder Krankenkasse handeln, ergibt sich bereits aus § 16 Abs. 1 S. 2 und Abs. 2 SGB I, dass Anträge auf Sozialleistungen auch von allen anderen Leistungsträgern entgegenzunehmen und unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten sind. Ist die Sozialleistung von einem Antrag abhängig, gilt der Antrag als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei einer der in Satz 1 genannten Stellen eingegangen ist (§ 16 Abs. 2 S. 2 SGB I). Bei Anträgen auf Leistungen nach dem SGB V ist regelmäßig weiter eine ärztliche Verordnung der begehrten Leistung erforderlich. Wegen der in § 7a Abs. 2 S. 6 vorgesehenen (persönlichen) Pflicht des Pflegeberaters zur Entgegennahme von Leistungsanträgen nach dem SGB XI und dem SGB V gilt auch bei **Antragseingang bei einem nicht bei einem Sozialleistungsträger beschäftigten Pflegeberater**, also bei einem Dritten iSd § 7a Abs. 1 S. 8, der Antrag ab dem Zeitpunkt als eingegangen, zu dem er bei dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin gestellt worden ist. Mit der Regelung des § 7a Abs. 2 S. 6 und 7 wird eine **Funktionseinheit mit spezifischen Handlungs- und Beratungsanforderungen** geschaffen, die bewirkt, dass sich auch die Krankenkasse eine im Zusammenhang mit der Antragsannahme und unverzüglichen Weiterleitung durch den Pflegeberater oder die Pflegeberaterin **eingetretene Pflichtverletzung** im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs zurechnen lassen muss (vgl. zB BSG 25.8.1993 – 13 RJ 27/92, BSGE 73, 56 (60) = SozR 3–1200 § 14 Nr. 9 = BeckRS 1994, 40015). Eine **Weiterleitung des Antrags** an die zuständige Pflegekasse oder Krankenkasse soll nach den Gesetzesmaterialien allerdings nur erfolgen, sofern nicht der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin selbst zur Entscheidung über die Leistung berufen ist (BT-Drs. 16/8525, 95). Eine **eigene Entscheidungsbefugnis der Pflegeberater** liegt aber idR nur vor, wenn sie zugleich Mitarbeiter der zuständigen Pflegekasse und Krankenkasse sind. Auch bei gemeinsamer Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten nach § 7a Abs. 4 und gegenseitiger Beauftragung nach § 88 SGB X bleibt die Entscheidungsbefugnis in der Sache bei der zuständigen Pflege- bzw. Krankenkasse, weil der (beauftragte) Pflegeberater oder die Pflegeberaterin in diesen Fallgestaltungen in deren Auftrag handelt und nach Maßgabe des § 89 SGB X in deren Namen Verfahrenshandlungen einschließlich des Erlasses von Verwaltungsakten (§ 89 Abs. 1 SGB X) vornimmt. § 7a Abs. 2 S. 7 sieht vor, dass der **Leistungsbescheid** unverzüglich dem **Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater** oder der Pflegeberaterin zugeleitet werden soll, der als Mitarbeiter der zuständigen oder einer anderen Pflegekasse oder als Beauftragter tätig wird.

- 19 Zum Pflegeberater hat das **BSG** ausgeführt (BSG 13.7.2018 – B 9 SB 89/17 B, BeckRS 2018, 17575 Rn. 11):

„Selbst wirksam auslösen können soll der Pflegeberater Leistungen und Maßnahmen anderer Leistungsträger nach den Vorstellungen des Gesetzgebers nicht (BT-Druks 16/8525 S 95). Seine Aufgabe beschränkt sich vielmehr darauf, Leistungsanträge nach dem SGB XI und SGB V entgegenzunehmen und, soweit er nicht selber zur Entscheidung befugt ist, an die zuständige Stelle weiterzuleiten. Von der Zubilligung weitergehender Rechte ist keine Rede (Schubert/Schaumburg, NZS 2009, 353, 355). Insgesamt sieht der Gesetzgeber den Pflegeberater trotz seiner gewissen Managementfunktion zugunsten des Pflegebedürftigen noch als Vertreter der Kostenträgerseite an. Seine Tätigkeit ist in erster Linie keine rechtliche, sondern mehr eine faktische“.

XI. Digitale Beratungsangebote (Abs. 2 S. 3–5 und S. 8)

- 20 Mit dem DVPMG wurden in Abs. 2 die heutigen S. 3–5 und S. 8 eingefügt.
 21 Die Regelung der S. 3–5 ermöglicht die **Ergänzung der Beratungstätigkeit um sichere digitale Beratungsangebote**. Hierbei kann es sich sowohl um digitale

Informationsangebote der Pflegekassen als auch zB um Beratungsangebote in einem Videoformat handeln. Die Regelung ist **zukunfts offen** und umfasst auch digitale Anwendungen, die Beratungen ohne unmittelbare Beteiligung eines persönlich Pflegeberaters leisten können (zB sog. Chatbots oder Avatare). Zum Einsatz kommen können auch gemischte Formen einer persönlichen und einer digitalen Beratung (BT-Drs. 19/27652, 141). Im Gesetzgebungsverfahren wurde durch eine Ergänzung in S. 3 (Einfügung von „in diesem Rahmen“) klargestellt, dass auch die Beratung mittels barrierefreier digitaler Anwendungen unter die ergänzenden Angebote der Pflegekassen fällt und die individuelle Beratung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin damit nicht ersetzt wird (BT-Drs. 19/29384, 102 und 191).

Bei allen Verfahren sind angemessene **Anforderungen an den Datenschutz** 22
und die Datensicherheit zu stellen. Dies gilt bereits für die zielgerichtete Übermittlung von Informationen an Pflegebedürftige, da sich bereits daraus sensible Daten ableiten lassen. Die Anforderungen an die Sicherheit der eingesetzten digitalen Anwendungen galten als erfüllt, wenn der Einsatz der Anwendungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V zulässig ist. Dies gilt insbesondere für die in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten Videoverfahren und Verfahren für Konsilien. Daneben können auch solche sicheren technischen Verfahren verwendet werden, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen für die Durchführung von Beratungen als geeignet festlegt. Die näheren Anforderungen an diese Anwendungen einschließlich der Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit sind in der Pflegeberatungs-Richtlinie nach § 17a Abs. 1a festzulegen (BT-Drs. 19/27652, 141). S. 4 und 5 wurden sodann durch das PUEG geändert. S. 4 präzisiert damit entsprechend § 37 Abs. 3 S. 5, dass zur Umsetzung der einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes und für die Anforderungen an die Datensicherheit im Rahmen einer Pflegeberatung in Form einer Videokonferenz die nach § 365 Abs. 1 S. 1 SGB V vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden und die technische Umsetzung einzuhalten sind. In S. 5 wurde für die Beratung per digitalem Angebot sowie für digitale Anwendungen klargestellt, dass zur Umsetzung der Vorschriften für den Datenschutz und die Datensicherheit die Anforderungen einzuhalten sind, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in der Pflegeberatungs-Richtlinie nach § 17 Abs. 1a zur Durchführung von Beratung bestimmt hat (5.3 der Pflegeberatungs-Richtlinie). Grundsätzlich gelten die Anforderungen der DS-GVO an den Datenschutz (BT-Drs. 20/6544, 53).

Mit dem angefügten **S. 8** wird gewährleistet, dass den Anspruchsberechtigten, 23
unabhängig von der Inanspruchnahme einer Beratung in digitaler Form, jederzeit eine Beratung im persönlichen Gespräch und an den in diesem Buch vorgesehenen Orten ermöglicht wird (BT-Drs. 19/27652, 141). Im Gesetzgebungsverfahren erfolgte dabei eine Klarstellung, dass der **Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung** durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt, auch dann **weiterhin besteht**, wenn bereits individuelle Beratung in digitaler Form in Anspruch genommen wurde (BT-Drs. 19/29384, 102 und 191).

XII. Qualifikation und Anzahl der Pflegeberater (Abs. 3)

Nach Abs. 3 S. 1 ist die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen so zu 24
bemessen, dass die Aufgaben der Pflegerberatung im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden. In der Gesetzesbegründung wird hierzu ein **Betreuungsschlüssel** von etwa 100 zu betreuenden pflegebedürftigen Menschen pro Berater als Orientierungsgröße genannt (BT-Drs. 16/7439, 48). Soweit die **Qualifikation der Pflegeberater** betroffen ist, sind insbesondere die

in S. 2 genannten **Berufsgruppen** mit der jeweils erforderlichen **Zusatzqualifikation** einzusetzen. Die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29.8.2008 auf der Grundlage des bis zum PSG II geltenden S. 3 enthalten zwar detaillierte Regelungen zur Weiterbildung und den Qualifikationsnachweisen, verzichten jedoch wegen fehlender Erfahrungen auf Vorgaben zum Betreuungsschlüssel für die Pflegeberatung. Nach dem durch das PSG II neu gefassten S. 3 musste der **Spitzenverband Bund der Pflegekassen** bis zum 31.7.2018 unter Beteiligung der in § 17 Abs. 1a S. 2 genannten Akteure (aktualisierte und inhaltlich erweiterte) **Empfehlungen** abgeben. Dies ist mit Beschluss vom 22.5.2018, der die Empfehlungen vom 29.8.2008 aktualisiert, geschehen (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/180522_Pflege_Empfehlungen_7a_Abs_3_Satz_3_SGB_XI.pdf). Die Änderung des S. 3 enthält zwei Neuerungen: Zum einen werden an den Empfehlungen die Parteien beteiligt, die auch an den Richtlinien zur Vereinheitlichung des Verfahrens, der Durchführung und der Inhalte der Pflegeberatung nach § 17 Abs. 1a mitwirken. Zum anderen sollen Empfehlungen nicht nur zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater abgegeben werden, sondern auch zu ihrer **Fortbildung** (BT-Drs. 18/5926, 86).

XIII. Gemeinsame Bereitstellung von Pflegeberatern (Abs. 4)

- 25 Abs. 4 bezweckt die möglichst **wirtschaftliche Erbringung der Pflegeberatung**, indem vermieden werden soll, dass alle Pflegekassen zugleich an jedem Ort Berater vorhalten und in die Pflegestützpunkte entsenden müssten. Vielmehr soll abgestimmt festgelegt werden, welche Pflegekasse an welchem Ort in welcher Zahl Berater stellt. Nach S. 1 haben die Pflegekassen im Land Pflegeberater und Pflegeberaterinnen in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander **abgestimmt bereitzustellen** und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zu treffen. Dem Wortlaut nach ist die Regelung auf die **Pflegekassen eines Bundeslandes** („Pflegekassen im Land“) und – nach der gesetzgeberischen Vorstellung – auf die **Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten** beschränkt (vgl. BT-Drs. 16/8525, 95). Gleichwohl folgt aus der Vorschrift kein Verbot der Zusammenarbeit außerhalb von Pflegestützpunkten. S. 2 ermächtigt die Pflegekassen, die Aufgabe nach S. 1 auf die Landesverbände zu übertragen. S. 3 regelt eine **Ersatzvornahme**, wenn eine Einigung nach S. 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt. In diesem Fall entscheiden die Landesverbände innerhalb eines Monats. Da mit der Einführung der Pflegestützpunkte **keine neuen Verwaltungsträger** geschaffen werden, wird den Pflegekassen und den Krankenkassen nach S. 4 ermöglicht, eine in dem jeweiligen Pflegestützpunkt konkret Pflegeberatung erbringende Pflegekasse oder Krankenkasse nach Maßgabe der §§ 88 ff. SGB X zu beauftragen. Durch den Auftrag wird der Auftraggeber nicht von seiner Verantwortung gegenüber dem Betroffenen entbunden. Auftragnehmer können nur andere Leistungsträger und ihre Verbände sein (§ 88 Abs. 1 S. 1 SGB X), wobei der Auftrag für Einzelfälle sowie für gleichartige Fälle erteilt werden kann (§ 88 Abs. 2 SGB X). Mit dem PSG III wird durch die Anordnung der entsprechenden Anwendung des § 94 Abs. 1 Nr. 8 klargestellt, dass die datenschutzrechtlichen Anforderungen an die Pflegeberatung der Pflegekassen auch in Fällen gelten, in denen eine Pflegekasse von der Möglichkeit Gebrauch macht, Dritte mit der Pflegeberatung zu beauftragen. Die Klarstellung bewirkt, dass Pflegeberaterinnen und Pflegeberater die für die Pflegeberatung erforderlichen Daten des Versicherten auch ohne dessen vorherige Einwilligung für die Erfüllung

der gesetzlichen Aufgaben der Pflegeversicherung verwenden können. Sie dient zugleich der **Gewährleistung einheitlicher datenschutzrechtlicher Anforderungen** bei der Pflegerberatung. Die Verantwortung für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften bleibt auch im Falle der Beauftragung von Dritten bei der Pflegekasse (BT-Drs. 18/10510). S. 5 regelt die **Tragung der Aufwendungen** für die Pflegerberatung durch die Pflegekasse und die hälftige Anrechnung auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 S. 1.

XIV. Pflegerberatung durch private Versicherungsunternehmen (Abs. 5)

Abs. 5, der die Umsetzung der Pflegerberatung durch private Versicherungsunternehmen regelt, ermöglicht die **Einbeziehung der Träger der privaten Pflege-Pflichtversicherung** in das System der Pflegerberatung durch vertragliche Kooperation mit den Pflegekassen (BT-Drs. 16/7439, 49). Die Einbeziehung der privat Pflegeversicherten berücksichtigt nach der Gesetzesbegründung den Grundsatz, dass das Leistungsangebot der privaten Pflegeversicherung nach Art und Umfang gleichwertig mit den Leistungen der Pflegekasse sein muss und weiter die Vorgaben des Abs. 1, wonach alle Leistungsbezieher nach dem SGB XI sowie Personen einbezogen sind, die einen Antrag auf Leistungen gestellt und erkennbar einen Hilfebedarf haben (BT-Drs. 16/7439, 49). 26

XV. Datenschutzregelung (Abs. 6)

Abs. 6 ermöglicht Pflegerberatern und Pflegerberaterinnen sowie sonstigen mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Abs. 1 befassten Stellen die Verarbeitung von Sozialdaten für Zwecke der Pflegerberatung mit den gesetzlich festgelegten Einschränkungen und jeweils **erforderlicher Zustimmung des Pflegebedürftigen** bzw. Betreuten oder ihres gesetzlichen Vertreters. 27

XVI. Rahmenverträge (Abs. 7)

Durch eine **Rahmenvereinbarung auf Landesebene** gem. Abs. 7 S. 1 soll eine strukturierte Zusammenarbeit der die Pflegerberatung im Sinne der Pflegeversicherung durchführenden Personen und Stellen gewährleistet werden. Ziel dieser Zusammenarbeit ist die Verbesserung einerseits des unmittelbaren **Zugangs zu Informationen** für die Personen, die Pflegerberatung durchführen, und andererseits der **Information pflegebedürftiger Personen** und ihrer pflegenden Angehörigen über die örtlich und regional bestehenden Hilfe-, Betreuungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote. Die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind, erhalten nach S. 2 ein **Anhörungsrecht**. Dies sind insbesondere die Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Verbraucherverbände und Verbände von Selbsthilfegruppen (BT-Drs. 18/5926, 86). 28

Der mWv 29.7.2017 eingeführte S. 3 gewährt den Trägern der Sozialhilfe die Möglichkeit, ergänzende Vereinbarungen zu den Regelungen auf Landesebene für die Zusammenarbeit der örtlichen Beratungsstellen von Pflegekassen und Trägern der Sozialhilfe für das Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt und damit für ihren örtlichen Zuständigkeitsbereich herbeizuführen. Zugleich werden die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., zum Abschluss einer solchen Vereinbarung verpflichtet, wenn und soweit 29

der Träger der Sozialhilfe eine solche Vereinbarung verlangt. Soll die ergänzende Vereinbarung für Modellvorhaben nach den §§ 123 und 124 abgeschlossen werden, ist nach dem ebenfalls seit dem 29.7.2017 geltenden S. 4 der jeweilige Antragsteller derjenige, der den Abschluss einer Vereinbarung verlangen kann. Geltungsbereich der ergänzenden Vereinbarung ist in diesen Fällen der Geltungsbereich der jeweiligen Modellvorhaben. Eine Auswertung bezüglich der beratungsbezogenen Wirksamkeit, Qualität und Kosten solcher Vereinbarungen soll nach dem Willen des Gesetzgebers ebenfalls Gegenstand der Evaluation nach § 124 Abs. 3 sein (vgl. BT-Drs. 18/11488, 57).

XVII. Beteiligung an Beratungsaufgaben anderer Träger (Abs. 8)

- 30 Abs. 8 ermächtigt die Pflegekassen, sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben aus ihren Verwaltungsmitteln an der **Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger zu beteiligen**. Zwecks Rechtsstraffung (BT-Drs. 18/5926, 86) wurde durch das PSG II die bisherige Regelung des § 7 Abs. 4 zum 1.1.2016 in § 7a überführt. Mit dem **Neutralitätsgebot** soll gewährleistet werden, dass die Pflegekassen sich nur an solchen Angeboten beteiligen können, deren Unabhängigkeit, insbesondere von Anbietern von Pflegeleistungen, sichergestellt ist (BT-Drs. 14/5395, 27).

XVIII. Erfahrungsbericht (Abs. 9)

- 31 Die Pflicht zur Vorlage eines Erfahrungsberichts war bis zum PSG II in Abs. 7 des § 7a geregelt. Hiernach hatte der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem BMG bis zum 30.6.2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung vorzulegen. Aus den **praktischen Erfahrungen mit der Pflegeberatung** und deren **Organisation in den Pflegestützpunkten** sollten Hinweise für mögliche Änderungen in der Ausgestaltung der Pflegeberatung, insbesondere bezogen auf die Frage des erforderlichen und notwendigen Personaleinsatzes, gewonnen werden (BT-Drs. 16/7439, 49). In Erledigung des gesetzlichen Auftrages sind sodann der Bericht des GKV-Spitzenverbandes „**Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI**“ vom Juli 2011 (<http://www.gkv-spitzenverband.de>) sowie die Infratest-Studie „**Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**“ vom Juni 2011 (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de>) erstellt worden, die Anlass für die Schaffung des § 7b durch das PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) waren.
- 32 Nunmehr verpflichtet Abs. 9 in seiner seit PSG II geltenden Fassung den **Spitzenverband Bund der Pflegekassen**, dem BMG **erstmalig zum 30.6.2020** und nachfolgend regelmäßig **alle drei Jahre** einen Bericht über die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Beratung nach § 7a Abs. 1–4, 7 und 8, § 7b Abs. 1 und 2 und § 7c, sowie über die Durchführung, die Ergebnisse und die Wirkungen der Beratung nach § 37 Abs. 3–8 vorzulegen. Die Erstellung dieses Berichts ist jeweils wissenschaftlich zu begleiten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Abs. 3 einsetzen. Der Bericht dient dazu, einerseits etwaige **Mängel und Defizite aufzudecken** und andererseits Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie sich die **Beratungsstrukturen entwickeln**. Er ist somit eine wichtige Erkenntnisquelle hinsichtlich der Wirksamkeit der Pflegeberatung sowie eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der Regelungen zur Pflegeberatung sowie zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit gem. § 37 Abs. 3. Bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe beteiligt das BMG den Beauftragten der Bundesregierung für die

Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege. Der Bericht soll hinsichtlich der Pflegerberatung nach § 7a Abs. 1–4, 7 und 8, § 7b Abs. 1 und 2 und § 7c insbesondere **konkrete Zahlen zur Entwicklung des Beratungsgeschehens** enthalten, darunter ua zur Anzahl der Pflegerberaterinnen und Pflegerberater, deren Qualifikation, zur Anzahl der Pflegestützpunkte und deren Trägerschaft einschließlich deren Beratungstätigkeiten und Beratungsschwerpunkten, Zahlen zur Inanspruchnahme durch Pflegebedürftige und Angehörige, zur Anzahl der Pflegererst- und -wiederholungsberatungen, der erstmalig erstellten sowie überarbeiteten Versorgungspläne, der Ausstellung und Einlösung von Beratungsgutscheinen sowie zu den Ausgaben der Pflegerkassen für die Pflegerberatung. Gegenstand des Berichts sollen auch Fragen der Pflegerberatung für die **Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund** sein. Darüber hinaus soll er konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegerberatung geben. Der Bericht soll auch Angaben enthalten, wie die Ergebnisse der **Beratung in der eigenen Häuslichkeit** nach § 37 Abs. 3 bei der Pflegerberatung nach § 7a berücksichtigt werden. Hiervon unberührt bleibt der Bericht über die Durchführung und die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach Nr. 2. Die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 ist in der Vergangenheit vielfacher Kritik ausgesetzt gewesen und dem Instrument ist mangelnde Wirksamkeit unterstellt worden. Um die Weiterentwicklung der Beratung nach § 37 Abs. 3–8 voranzutreiben, die Auswirkungen der gesetzlichen Neuregelungen zu beobachten und die nach § 37 Abs. 4 und auf andere Weise gewonnenen Erkenntnisse insbesondere über die Ergebnisse der Beratungseinsätze regelmäßig systematisch auszuwerten und wissenschaftlich aufbereiten zu lassen, wird nun eine Berichtspflicht auch zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 eingeführt. Ein wesentlicher Bestandteil des Berichts besteht darin, über die Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit Auskunft zu geben. Dies bezieht sich insbesondere auch darauf, zu ermitteln, ob und mit welchen Wirkungen Erkenntnisse und Hinweise aus den Beratungsbesuchen von den Beteiligten tatsächlich in der Praxis umgesetzt werden. Zusammen mit den weiteren Anpassungen der Vorgaben zur Gestaltung und Durchführung der Beratung in der eigenen Häuslichkeit soll die in dem neuen Abs. 9 vorgesehene Berichtspflicht dazu führen, die Beratungsqualität insgesamt nachhaltig zu verbessern (BT-Drs. 18/5926, 86 f.).

Folgende Publikationen sind auf Abs. 9 zurückzuführen:

- Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 9 SGB XI, Juni 2020: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegerversicherung/beratung_und_betreuung/pflegerberatung/20200630_Pflegerberatung_Bericht_des_GKV_FINAL.pdf
- Evaluation der Pflegerberatung und Pflegerberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI, Abschlussbericht IGES, Februar 2020: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegerversicherung/beratung_und_betreuung/pflegerberatung/20200331_IGES_Evaluation_Pflegerberatung_Abschlussbericht.pdf
- Evaluation der Pflegerberatung und Pflegerberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI, Abschlussbericht IGES, Februar 2023: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegerversicherung/beratung_und_betreuung/pflegerberatung/20230622_IGES_Abschlussbericht_Evaluation_Pflegerberatung.pdf
- Modellvorhaben: Evaluation der Pflegerberatung und Pflegerberatungsstrukturen nach § 7a Abs. 9 SGB XI: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegerversicherung/forschung/modellprojekte/pfleger_abgeschlossene_projekte_8/pflegerberatungsstrukturen.jsp
- Schriftenreihe Band 18: Evaluation der Pflegerberatung und Pflegerberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pfleger_18_mit_Lesezeichen.pdf

33

§ 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

(1) ¹ Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach § 18 Absatz 3, den §§ 36 bis 38a, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45e, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder

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

²Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.

³Die Beratung richtet sich nach dem § 7a. ⁴Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären. ⁵Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, § 45a Absatz 4 und § 45b.

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

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

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

1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder

2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. ²Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. ³Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. ⁵Für die Verarbeitung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.

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

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Sicherstellung der Pflegeberatung durch Beratungstermin innerhalb einer 2-Wochen-Frist (Abs. 1)	3
IV. Hinweis auf Versorgungsplan nach § 7a	5
V. Beratungsgutschein, Beratungsstelle	6
VI. Vereinbarungen zur Sicherstellung der Pflegeberatung durch eine Beratungsstelle (Abs. 2)	7
VII. Kommunale Beratungsstellen (Abs. 2a)	8
VIII. Datenschutzrechtliche Bestimmungen für Beratungsstellen (Abs. 3) ..	9
IX. Beschleunigte Beratungspflicht auch für private Versicherungsunternehmen (Abs. 4)	10
X. Gesetzesänderung	11

I. Geltende Fassung

Die in engem Zusammenhang mit den §§ 7a, 7c stehende Regelung des § 7b ist 1 durch das PNG v. 23.10.2012 (BGBl. I 2246; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 170/12, BT-Drs. 17/9369, BT-Drs. 17/10157 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 17/10170 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) mWv 30.10.2012 eingeführt worden. Die Neuregelung ist vor dem Hintergrund des Berichts des GKV-Spitzenverbandes „**Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Absatz 7 Satz 1 SGB XI**“ vom Juli 2011 sowie der Infratest-Studie „**Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**“ vom Juni 2011 zu sehen, denen der Gesetzgeber entnommen hatte, dass eine **frühzeitige Beratung nicht in dem erforderlichen Maße** gewährleistet sei (BT-Drs. 17/9369, 35). Durch das PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde Abs. 1 S. 1 mWv 1.1.2016 dahingehend geändert, dass die Pflichten der Pflegekasse – neben dem erstmaligen Antrag auf Leistungen nach dem SGB IX – auch bei weiteren Anträgen auf Leistungen nach § 18 Abs. 3, den §§ 36–38, 41–43, 44a, 45, 87a Abs. 2 S. 1 und § 115 Abs. 4 ausgelöst werden. Im Übrigen wurden als redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Überführung der Regelungen zur Pflegeberatung in die Vorschrift des § 7a die Bezugnahmen auf „§§ 7, 7a“ durch die Bezugnahmen auf „§ 7a“ ersetzt. Mit dem PSG III v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191; Bekanntmachung v. 9.1.2018, BGBl. I 126; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 410/16, BT-Drs. 18/9518, BT-Drs. 18/10510 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde mit mWv 1.1.2017 Abs. 2a neu eingefügt. Durch das 2. DSAnpUG-EU v. 20.11.2019 (BGBl. I 1626; Gesetzesmaterialien BR-Drs. 430/18, BT-Drs. 19/4674, BT-Drs. 19/11181) wurden Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 1 mWz 26.11.2019 an das Datenschutzrecht der Verordnung (EU) 2016/679 und in Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/680 angepasst. Mit dem GVWG v. 11.7.2021 (BGBl. I 2754; Berichtigung v. 22.6.2022, BGBl. I 1025; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 12/21, BT-Drs. 19/26822, BT-Drs. 19/30550 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 19/30560 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) erfolgten mWz 20.7.2021 Änderungen des Abs. 1: S. 1 wurde geändert, ein neuer S. 2 ein- und ein neuer S. 5 angefügt. Zudem wurde der amtliche Titel der Vorschrift von „Beratungsgutscheine“ zu „Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“ erweitert. Mit dem PUEG v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) erfolgten in Abs. 1 S. 1 und S. 5 Anpassungen hinsichtlich der Normverweise (→ Rn. 11). Zu

den Gesetzesmaterialien des PUEG vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzesentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier va BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BReg).

II. Normzweck

- 2 § 7b verfolgt das Ziel, eine möglichst **frühzeitige Beratung** sicherzustellen. Mehrere Jahre nach Einführung des § 7a mit Wirkung zum 1.1.2009 sollte § 7b eine bessere Umsetzung und Anwendung der bereits bestehenden Beratungsverpflichtungen gewährleisten (BT-Drs. 17/9369, 35). Abs. 1 beinhaltet keine Erweiterung des Beratungsangebots, sondern eine **Konkretisierung zu § 7a**, indem eine **zeitliche Vorgabe** für die Durchführung der Beratung – entweder durch die Pflegekasse selbst oder mittels Beratungsgutschein – bei einer Beratungsstelle festgelegt wird. Es kann sich dabei aber nur um eine erste Beratung handeln, weil die Pflegeberatung regelmäßig ein **mehrschrittiger Prozess** ist und im Zusammenhang mit der Erstellung oder Vorlage des Gutachtens des medizinischen Dienstes weitere Beratungsverpflichtungen bestehen. Abs. 2 enthält **inhaltliche Vorgaben für eine Pflegeberatung durch Beratungsstellen** und für entsprechende **Vereinbarungen zwischen diesen und den Pflegekassen**, die eine qualifizierte Beratung garantieren sollen. Mit dem mWv 1.1.2017 eingeführten Abs. 2a bezweckt der Gesetzgeber eine Stärkung der Rolle der **Kommunen** in der pflegerischen Versorgung. Abs. 3 regelt den **Datenschutz** und Abs. 4 ordnet die entsprechende Anwendung für die **private Pflegeversicherung**.

III. Sicherstellung der Pflegeberatung durch Beratungstermin innerhalb einer 2-Wochen-Frist (Abs. 1)

- 3 § 7b Abs. 1 bezieht sich ohne Einschränkung auf die **Pflegeberatung nach § 7a** (S. 2) und konkretisiert diese, indem bestimmt wird, dass sie dem **Versicherten** angeboten und binnen zwei Wochen realisiert werden muss. Erforderlich ist entweder ausdrücklich ein **Antrag** des Versicherten auf Leistungen nach dem SGB XI (§ 16 SGB I, § 33 Abs. 1 S. 1) oder weiterer Anträge auf die – abschließend – aufgelisteten Leistungen oder – seit dem GVWG mWz 20.7.2021 klarer formuliert (vgl. BT-Drs. 19/30560, 58) – ein **erklärter Bedarf einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**. Mit dem PSG II wird ferner gesetzlich geregelt, dass die **2-Wochen-Frist** nicht nur (wie bisher) bei **Erstanträgen** einzuhalten ist, sondern auch bei **späteren Anträgen** auf Leistungen, etwa wenn, aufgrund einer Krisensituation, die Pflege kurzfristig durch berufstätige Angehörigen sicherzustellen ist (vgl. § 44a), oder bei Anträgen, die auf ein Neueinstufungsverfahren abstellen oder den Wechsel von Geld- zu Sachleistungen, die Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen, sog. gepoolter Leistungen, oder gegenseitig anrechenbarer Leistungen zum Inhalt haben. Mit dem GVWG erfolgte eine Ergänzung um den Wohngruppenzuschlag nach § 38a, Pflegehilfsmittel gem. § 40 Abs. 1 (ohne zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel), Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gem. § 40 Abs. 4, Einsatz digitaler Pflege-

anwendungen gem. § 40b und Anschubfinanzierung zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45. Die Frist galt zunächst nicht für einmalig oder ggf. auch monatlich zu stellende Anträge auf Kostenerstattung bestimmter Leistungen und Zuschüsse. Das hat sich durch die mit dem GVWG zum 20.7.2021 erfolgte Anfügung des neuen Abs. 1 S. 5 geändert: Die in § 7b getroffenen Regelungen erhalten nun ebenfalls Geltung für die jeweils erstmalige Beantragung der in S. 5 aufgeführten Leistungen (Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Verhinderungspflege, Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag). Diese Regelung ist auf eine Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (vgl. BT-Drs. 19/30550, 84) zurückzuführen. Zur näheren Erläuterung dieser Ergänzung → BT-Drs. 19/30560, 58 f.

Mit der Verpflichtung der Pflegekasse nach Abs. 1 wird die Möglichkeit der Anspruchsberechtigten und ihrer Familienangehörigen gestärkt, sich zeitnah und umfassend über neue oder zu ändernde Pflegearrangements durch eine individuelle Beratung zu informieren und den Versorgungsplan insofern zu aktualisieren. Damit kann die **Zielgenauigkeit der Versorgung** und **Betreuung** durch Leistungen der Pflegeversicherung verbessert und dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen werden (BT-Drs. 18/5926, 87). Das **Sofortangebot der Beratung** kann mittels einer Beratung durch die Pflegekasse bzw. in einem Pflegestützpunkt nach § 7c (vgl. BT-Drs. 17/9369, 34 f.) oder durch Ausgabe eines Beratungsgutscheins bei einem „Dritten“ erfolgen. Auch wenn die Beratung nach § 7b Abs. 1 S. 4 auf Wunsch des **Versicherten in häuslicher Umgebung** durchgeführt wird, gilt die enge Zeitvorgabe des § 7b (BT-Drs. 17/9369, 35). Da es sich um einen Anspruch des Versicherten auf eine **frühestmögliche Beratung** handelt, ist auch über die Möglichkeit zu belehren, die Beratung zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen (S. 4).

IV. Hinweis auf Versorgungsplan nach § 7a

Der auf die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (vgl. BT-Drs. 19/30550, 84) zurückzuführende **Abs. 1 S. 2** wurde durch das GVWG mWz 20.7.2021 neu eingefügt. Mit ihm wird vorgeschrieben, dass beim Beratungsangebot ausdrücklich **auch auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen** und über dessen Nutzen in nachvollziehbarer und leicht verständlicher Weise aufzuklären ist. Dadurch erhalten die Anspruchsberechtigten mehr Unterstützung bei der Klärung ihrer individuellen Fragen und der Einbindung der Leistungen in ihre individuelle Versorgung (BT-Drs. 19/30560, 58).

V. Beratungsgutschein, Beratungsstelle

Grundsätzlich gilt, dass es dem freien **Ermessen der Pflegekasse** obliegt, ob sie die Beratung selbst durchführt oder diese den Beratungsstellen überlässt. Eine bestimmte Priorität ist gesetzlich nicht vorgegeben. Dem Versicherten steht **kein** – gar einklagbares – **Wahlrecht** zu. Ist die Pflegekasse allerdings nicht in der Lage, binnen 2-Wochen-Frist den Beratungsanspruch zu erfüllen, ist ein **Beratungsgutschein** auszustellen. Dieser berechtigt nur zur Inanspruchnahme einer Pflegeberatung bei derjenigen **Beratungsstelle**, die ausdrücklich in dem Beratungsgutschein benannt wird. Es handelt sich um eine **Inanspruchnahme Dritter**, wie sie bereits in § 7a Abs. 1 S. 8 vorgesehen ist. Die **Vorgabe einer konkreten Beratungsstelle** erfolgt vor dem Hintergrund, dass nur „**unabhängige und neutrale Beratungsstellen**“ (Abs. 2) in Anspruch genommen werden sollen, mit denen Vereinbarungen bestehen und diese ein **Sofortangebot** bereithalten müssen (Abs. 1 „2-Wochen-Frist“). Im Gesetzgebungsverfahren hat sich das in anderen Sozialleistungsbereichen

übliche Wahlrecht der Versicherten bei Inanspruchnahme eines Beratungsangebots im Gutscheilverfahren nicht durchgesetzt. Dies steht der **Entwicklung einer eigenständigen „Beratungskultur“ durch Dritte** iSd § 7a Abs. 1 S. 8 entgegen und unterstreicht die Bedeutung der Pflegestützpunkte nach § 7c, die sich zumindest mittel- bis langfristig als zentrale Anlaufstelle für die Pflegeberatung etablieren sollen (vgl. BT-Drs. 17/9369, 35: „primäre Beratung durch die Pflegekassen und Pflegestützpunkte“). Die Beratung in den Pflegestützpunkten gilt ausdrücklich nicht als „Beratung durch Dritte“ (Krahmer/Nordmann ZFSH/SGB 2013, 193 ff. (194); BT-Drs. 17/9669, 19 f.). Die Pflegekassen können nach Einschätzung des Gesetzgebers das Entstehen von unnötigen Doppelstrukturen dadurch vermeiden, dass sie nur „alternativ“, also ausnahmsweise etwa bei vorübergehenden Engpässen in den Beratungskapazitäten, Beratungsgutscheine ausgeben (BT-Drs. 17/9369, 36). Das Ziel der Vermeidung von Doppelstrukturen wird indes seit dem PSG III teilweise relativiert, da der neu eingeführte Abs. 2a das eigenständige Vorhaben einer Stärkung der Rolle der Kommunen verfolgt. Im Übrigen besteht bei allen Konstellationen, also auch bei Inanspruchnahme einer Beratungsstelle, die **Verantwortung der Pflegekasse** gegenüber dem Versicherten für die **Qualität und Rechtmäßigkeit der Beratung** fort (§ 7b Abs. 2 S. 1). § 7b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Hs. 2 verweist für die Übernahme der entstehenden Aufwendungen und die Kostentragung auf § 7a Abs. 4 S. 5. Danach werden die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern entstehenden Aufwendungen von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die VerwaltungskostenspauSchale nach § 46 Abs. 3 S. 1 angerechnet.

VI. Vereinbarungen zur Sicherstellung der Pflegeberatung durch eine Beratungsstelle (Abs. 2)

- 7 Da die Beratung der Versicherten eine Pflicht der Pflegekasse ist, trägt sie nach S. 1 die Verantwortung, dass auch eine Beratung durch Dritte den Anforderungen der § 7a genügt. Allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen müssen die jeweiligen Pflegekassen nach S. 2 **Vereinbarungen** mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen abschließen, die insbesondere die Anforderungen an die **Beratungsleistung** und die **Beratungsperson** sowie **Haftungsfragen** betreffend die Verantwortlichkeit für eine fehlerhafte Beratung im Innenverhältnis zwischen der Pflegekasse und der Beratungsstelle und die **Vergütung** regeln. In den Vereinbarungen muss sichergestellt werden, dass die Beratungsstellen die Qualitätsanforderungen an die Beratung entsprechend der **Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29.8.2008** erfüllen (Gemeinsames Rundschreiben des GKV-SpV/Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene vom 20.12.2022, § 7b, S. 37). Zur Sicherstellung einer **unabhängigen und neutralen Beratung** sollen nur finanziell und organisatorisch unabhängige Beratungsstellen herangezogen werden (Gemeinsames Rundschreiben des GKV-SpV/Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene vom 20.12.2022, § 7b, S. 38). Ausweislich der Gesetzesmaterialien ging der Gesetzgeber von **drei Organisationen auf Anbieterseite** aus, die den Abschluss einer Vereinbarung für die 16 Bundesländer beabsichtigten (BT-Drs. 17/9369, 25). Soweit der Gesetzgeber in S. 2 Nr. 2 Vereinbarungen über eine **Haftung** für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen, fordert, betreffen diese allein das **Innenverhältnis** zwischen Pflegekasse und Beratungsstelle. Im **Außenverhältnis** zum ratsuchenden Antragsteller bleibt allein die Pflegekasse für eine sachlich zutreffende und umfassende Beratung verantwortlich. Rechtsdogmatisch denkbar wäre auch die Qualifikation der Vereinbarungen nach § 7b Abs. 2 S. 2 zwischen den Pflegekasse und den (externen) Beratungsstellen als **Verträge zugunsten Dritter** gem. § 328 BGB mit der Folge, dass der ratsuchende Antragsteller als Dritter

im Falle der Leistungsstörung (mangelhafte Beratung) die entsprechenden haftungsrechtlichen Ansprüche auch gegen die externe Beratungsstelle erwirbt. Unberührt davon bleibt die Haftung der Pflegekasse gegenüber dem Ratsuchenden, da sie sich das Verhalten der Beratungsstelle nach § 278 BGB zurechnen lassen muss. Daneben kommt auch eine Haftung der Pflegekasse (im Außenverhältnis) aus dem **sozialrechtlichen Herstellungsanspruch** in Betracht, dessen grundsätzliche Anwendbarkeit im Bereich der Pflegeberatung sich bereits aus der Gesetzesbegründung ergibt (BT-Drs. 16/7439, 46; zum sozialrechtlichen Herstellungsanspruch mit Pflichtverletzungen im Rahmen des Versorgungs- und Entlassmanagements durch das Krankenhaus mit Zurechnung der Pflegekasse vgl. BSG 17.6.2021 – B 3 P 5/19 R, BSGE 132, 216 = SozR 4–3300 § 7 Nr. 1 = BeckRS 2021, 28839). Die für das Entstehen dieses Anspruchs erforderliche Zurechenbarkeit der Pflichtverletzung der Beratungsstelle resultiert ebenfalls aus § 278 BGB. Im Innenverhältnis kann sich die Pflegekasse mittels einer Vereinbarung nach § 7b Abs. 2 S. 2 Nr. 2 mit der Beratungsstelle von der Haftung ganz oder teilweise **freistellen** lassen.

VII. Kommunale Beratungsstellen (Abs. 2a)

Zur **Stärkung der Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgung** 8 sollen nach Abs. 2a künftig Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung nach § 7a Abs. 1 durch die ratsuchenden Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Familienangehörigen auch vor Ort auf der Gemeindeebene eingelöst werden können. Dies können sein: **kommunale Gebietskörperschaften**, von diesen geschlossene **Zweckgemeinschaften** oder **nach Landesrecht zu bestimmende Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII**, wenn diese eine eigene Beratung nach Maßgabe der Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1a (vgl. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7.5.2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) geändert durch Beschluss vom 19.6.2023: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/2023-06-19_Pflegeberatungs-Richtlinien.pdf) für ihre Bürger erbringen wollen. Die Pflegekassen schließen hierzu allein oder gemeinsam einen **Vertrag** mit der entsprechenden kommunalen Gebietskörperschaft nach Abs. 2a S. 3. Damit wird der Kreis derer erweitert, bei denen Pflegebedürftige ihre Beratungsgutscheine einlösen können. Die ratsuchenden Pflegebedürftigen erhalten durch die Regelung zusätzliche Beratungsstellen, so dass der Zugang zu einer schnellen Beratung der Pflegebedürftigen weiter verbessert wird. Über die Inanspruchnahme der Möglichkeit, Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung nach § 7a Abs. 1 auf Gemeindeebene einzulösen, ist in dem Bericht nach § 7a Abs. 9 zu berichten. Die in Abs. 2a benannten, insbesondere auch der Beratung nach § 7a Abs. 1 dienenden Stellen, werden den von den Pflegekassen anerkannten, unabhängigen und neutralen Beratungsstellen iSd § 7b Abs. 2 gleichgesetzt. Dies kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass die **Empfehlungen des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen** nach § 7a Abs. 3 S. 3 zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zu beachten sind. Auch § 7a Abs. 6 ist einschlägig. Die vertragliche Vereinbarung zwischen Pflegekassen und den kommunalen Gebietskörperschaften, von diesen geschlossenen Zweckgemeinschaften oder den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 wird auf die **Vereinbarung einer angemessenen Vergütung eines möglichen zusätzlichen Verwaltungsaufwandes** beschränkt. Angesichts von zu erwartenden **Synergieeffekten** auf kommunaler Seite, etwa durch Zusammenführung mit weiteren, zB nach Landesrecht auf kommunaler Ebene anzusiedelnden Beratungstätigkeiten, werden diese Aufwands-

vergütungen regional bedingt insofern eine unterschiedliche Höhe aufweisen. Zur Sicherstellung der Qualität und Wirtschaftlichkeit des Beratungsverfahrens, dessen Durchführung und seiner Inhalte sind auch für die Beratungsstellen nach Abs. 2a die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1a maßgeblich. Dieser Hinweis dient der Rechtsklarheit (BT-Drs. 18/9518, 60).

VIII. Datenschutzrechtliche Bestimmungen für Beratungsstellen (Abs. 3)

- 9 Die Bestimmungen des Neunten Kapitels, welche ua die für die Pflegeversicherung **spezifischen Fragen des Datenschutze** regeln, werden durch § 7b Abs. 3 ergänzt. Die Regelung erteilt auch Dritten iSd § 7a Abs. 1 S. 8, bei denen die Beratungsgutscheine eingelöst werden, die datenschutzrechtlich erforderliche Erlaubnis, für Zwecke der Pflegeberatung Sozialdaten zu verarbeiten, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB XI erforderlich ist und der Versicherte eingewilligt hat. Die Einwilligung ist widerruflich – worüber der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter zu Beginn der Beratung hinzuweisen ist.

IX. Beschleunigte Beratungspflicht auch für private Versicherungsunternehmen (Abs. 4)

- 10 Die Anordnung der entsprechenden Anwendbarkeit des § 7b Abs. 1–3 berücksichtigt, dass auch die **privaten Versicherungsunternehmen** zur Durchführung einer Pflegeberatung (§ 7a Abs. 5) verpflichtet sind. Erbringen die privaten Versicherungsunternehmen die Beratung nach § 7a eigenständig, besteht keine Verpflichtung zur Einschaltung von Beratungsstellen.

X. Gesetzesänderung

- 11 **MWz 1.7.2025** erfolgt durch das PUEG (→ Rn. 1) eine Änderung in Abs. 1 S. 1 und S. 5. Dabei kommt es zu Änderungen bei den Normverweisen:
- S. 1 neu: „Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38a, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41, 42b, 43, 44a, 45, 45e, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder ...“
 - S. 5 neu: „Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach § 40 Absatz 2, den §§ 39 sowie 42 jeweils in Verbindung mit § 42a, nach § 45a Absatz 4 und § 45b.“

§ 7c Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. ²Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. ³Kommen die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesver-

bände der Krankenkassen wahrzunehmen. ⁴Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse bei der Beschlussfassung ist § 81 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden. ⁵Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten haben keine aufschiebende Wirkung.

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

(2) ¹Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

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

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

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

1. sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,
2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,
3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und insbesondere Selbsthilfe stärkender und generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,
4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,

5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.

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

(4) ¹Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt.

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

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

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

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

(6) ¹Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte. ²Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. ³Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind beim

Abschluss der Rahmenverträge zu berücksichtigen. ⁴In den Rahmenverträgen nach Satz 1 sind die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten sowie die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. ⁵Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden. ⁶Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist.

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

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Einrichtung der Pflegestützpunkte (Abs. 1)	4
IV. Initiativrecht zur Einrichtung der Pflegestützpunkte (Abs. 1a)	5
V. Aufgaben der Pflegestützpunkte (Abs. 2)	6
VI. Integrierte Versorgung (Abs. 3)	9
VII. Standort und Aufwendungen (Abs. 4)	10
VIII. Datenschutz (Abs. 5)	13
IX. Rahmenverträge (Abs. 6)	14
X. Schiedsstellen (Abs. 7)	15

	Rn.
XI. Unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder (Abs. 8)	16
XII. Gemeinsame und einheitliche Empfehlungen (Abs. 9)	17

I. Geltende Fassung

- 1 Die Regelung über „Pflegestützpunkte“ wurde bereits durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz v. 28.5.2008 (BGBl. I 874; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 718/07, BT-Drs. 16/7439, BT-Drs. 16/8525 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) mWv 1.7.2008 als § 92c eingeführt. Mit dem PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden die zuvor in § 92c Abs. 1–4 sowie 7–9 enthaltenen Regelungen zur Beratung in und durch Pflegestützpunkte aufgrund des engen Sachzusammenhangs aus dem vergütungsrechtlichen Achten Kapitel unverändert in die im Ersten Kapitel geregelten Allgemeinen Vorschriften und Anforderungen an den Auftrag der Pflegekassen zur Aufklärung, Auskunft und Beratung nach den §§ 7 ff. verschoben. Die Regelungen des § 92c Abs. 5 und 6 zur Anschubfinanzierung von Pflegestützpunkten mit befristeter Geltung waren zeitlich ausgelaufen und wurden daher nicht in den neuen § 7c übernommen (vgl. BT-Drs. 18/5926, 88). Mit dem PSG III v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191; Bekanntmachung v. 9.1.2018, BGBl. I 126; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 410/16, BT-Drs. 18/9518, BT-Drs. 18/10510 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden mWv 1.1.2017 die Überschrift ergänzt, ein neuer Abs. 1a eingefügt, Änderungen in Abs. 2 S. 1 Nr. 1 und S. 6 Nr. 3 vorgenommen und der bisherige Abs. 6 durch die neuen Abs. 6–8 ersetzt; der bisherige Abs. 7 wurde zum neuen Abs. 9. Durch das 2. DSAnpUG-EU v. 20.11.2019 (BGBl. I 1626; Gesetzesmaterialien BR-Drs. 430/18, BT-Drs. 19/4674, BT-Drs. 19/11181) wurde Abs. 5 mWz 26.11.2019 an das Datenschutzrecht der Verordnung (EU) 2016/679 und in Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/680 angepasst. Mit dem Gesetz zum Erlass eines Tierarzneimittelgesetzes und zur Anpassung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften v. 27.9.2021 (BGBl. I 4530; Berichtigung v. 10.8.2022, BGBl. I 1385; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 247/21, BT-Drs. 19/28658, BT-Drs 19/31069 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde in Abs. 1a die Frist mWz 5.10.2021 vom 31.12.2021 auf den 31.12.2023 verlängert. Diese Frist wurde mit dem PUEG v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWz 1.7.2023 ganz gestrichen. Zu den Gesetzesmaterialien des PUEG vgl. BT-Drs. 20/6544 (Geszentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier va BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BReg).

II. Normzweck

- 2 Die geradezu detaillierte Regelung dient dem Ziel, eine **flächendeckende Infrastruktur für Betreuungs- und Beratungsbedürfnisse der Pflegebedürftigen**

und ihrer Angehörigen aufzubauen; sie hängt eng zusammen mit dem ebenfalls durch das PflegeWEG eingeführten § 7a, der die Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberater zum Gegenstand hat. Beratungs- und Betreuungspflichten sind allerdings durch das PflegeWEG nicht neu begründet worden. Nach §§ 7 Abs. 2 und 12 Abs. 2 in der ursprünglichen Fassung des SGB XI waren die Pflegekassen auch zuvor bereits verpflichtet, „die Versicherten und ihre Angehörigen insbesondere über die Leistungen der Pflegeversicherung sowie über Leistungen und Hilfen anderer Sozialversicherungszeige zu unterrichten und zu beraten, die zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren und sicherzustellen, dass im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen zur medizinischen Reha, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen“ (BSG 30.10.2001 – B 3 KR 27/01 R, BSGE 89, 50 (54) = SozR 3–3300 § 12 Nr. 1 = BeckRS 9999, 01518). Pflegekassen und Kommunen sind jedoch ihrer schon aus den §§ 8, 9 und 12 folgenden Pflicht, eine leistungsfähige ortsnahe pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, auf dem Gebiet von Beratung und Betreuung nur unzulänglich oder gar nicht nachgekommen. Dies hängt einerseits mit der Organisationsstruktur der Krankenkassen und Pflegekassen zusammen, andererseits ist dies Folge der unterschiedlichen **Gesetzgebungszuständigkeit** für Pflegeversicherung (Bund) und Pflege-Infrastruktur (Länder) und teilweise auch mangelnder Kooperationsbereitschaft.

Durch die **Einrichtung von Pflegestützpunkten** sollten die bestehenden organisatorischen Defizite bei der Beratung und Betreuung von Pflegebedürftigen durch vertraglich zu schaffende **Netzwerke** zwischen Pflege- und Krankenkassen, Landes- und Kommunalbehörden bzw. von diesen beauftragte Stellen (etwa gemeinnützige Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände etc) und Leistungserbringern behoben werden. Pflegestützpunkte sind **keine neuen (zusätzlichen) Verwaltungsträger**; sie treffen insbesondere gegenüber Versicherten **keine Leistungsentscheidungen**; hierzu sind weiterhin allein die jeweils sachlich zuständigen, an einem Pflegestützpunkt uU beteiligten Leistungs- und Kostenträger befugt, die aber ggf. Entscheidungen auf Mitarbeiter verlagern können, die an der Aufgabenwahrnehmung des Pflegestützpunktes beteiligt sind. **Aufgabe der Pflegestützpunkte** ist vor allem die Optimierung der Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen vor allem im Hinblick auf die Vielfalt der im Einzelfall von unterschiedlichen Trägern in Betracht kommenden Leistungen sowie deren Koordinierung bei der Inanspruchnahme durch die Betroffenen. Hierbei geht es auf der ersten Ebene im Kern um eine **wohnortnahe Koordinierung** präventiver, rehabilitativer und kurativer Leistungen der GKV mit den Leistungen der Pflegeversicherung und deren Ergänzung um Leistungen zur Pflege, Altenhilfe und Eingliederungshilfe, die von den Sozialhilfeträgern zu erbringen sind. Zur besseren Abstimmung der im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen soll vor allem ein **Versorgungsplan** erstellt werden, der die im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen enthält (§ 7a Abs. 1 S. 2 Nr. 2). Auch der Versorgungsplan hat lediglich empfehlenden Charakter (BT-Drs. 16/7439, 47); soweit die dort vorgesehenen Leistungen nur auf Antrag gewährt werden, ist eine Antragstellung durch den Pflegebedürftigen bzw. Leistungsberechtigten oder seinen Vertreter erforderlich.

III. Einrichtung der Pflegestützpunkte (Abs. 1)

Pflegekassen und Krankenkassen in einem Land sind verpflichtet, **Verträge über die Einrichtung von Pflegestützpunkten** zu schließen. Der RegE (BT-Drs. 16/7439, 20) sah eine autonome Einrichtungsgenehmigung dieser Sozialversicherungsträger vor, die allenfalls der Kontrolle der im Land für sie zuständigen Aufsichtsbe-

hörden unterlag. Unter dem Eindruck des wenige Tage nach Erscheinen des RegE ergangenen Urteils des BVerfG zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften (ARGen) nach § 44b SGB II (BVerfG 20.12.2007 – 2 BvR 2433, 2434/04, BGBl. 2008 I 27 = NZS 2008, 198) wurde in der Ausschussfassung von Abs. 1 S. 1 die Einrichtung maßgebend von der Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörde abhängig gemacht. Es hängt also im Ergebnis von der Entscheidung bzw. der Initiative des jeweiligen Bundeslandes ab, ob Pflegestützpunkte gebildet werden. Das **Bestimmungsrecht der Länder** wird in Abs. 1 S. 2 und 3 noch deutlicher: die Einrichtung der Pflegestützpunkte durch Pflegekassen und Krankenkassen muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen; kommt es zwischen den Sozialversicherungsträgern in dieser Zeit nicht zu einem Vertragsschluss, so haben die Landesverbände der Pflegekassen den Inhalt der Verträge festzulegen. Für deren Beschlussfassung gilt nach Abs. 1 S. 4 das in § 81 Abs. 1 S. 2 geregelte Einigungsverfahren. Abs. 1 S. 5 schließt den aufschiebenden einstweiligen Rechtsschutz nach Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden, die die Einrichtung von Pflegestützpunkten betreffen, aus. Begrenzt auf **aufsichtsrechtliche Maßnahmen** enthält § 7c Abs. 1 S. 5 damit einen besonderen gesetzlichen Ausschlussstatbestand von der regelmäßig in § 86a Abs. 1 SGG vorgesehenen aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Anfechtungsklage auch bei rechtsgestaltenden und feststellenden Verwaltungsakten. **Träger des Pflegestützpunktes** sind die an seiner Errichtung beteiligten Leistungs- und Kostenträger. Die **Leistungserbringer**, etwa Träger von Pflegeeinrichtungen, **gehören nicht hierzu** (Abs. 2 S. 5). Die vom BVerfG in seinem Urteil zur Bildung von ARGen (nunmehr: Jobcenter) aufgestellten Grundsätze zur eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung sprechen eindeutig gegen die Schaffung eines gemeinsamen eigenständigen Rechtsträgers.

IV. Initiativrecht zur Einrichtung der Pflegestützpunkte (Abs. 1a)

- 5 Auf der Grundlage der **Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege** bestimmt der durch das PSG III mWv 1.1.2017 neu eingeführte § 7c Abs. 1a, dass die Stelle, die auf örtlicher Ebene für die Hilfe zur Pflege zuständig ist und die damit idR nach den Bestimmungen der zuständigen obersten Landesbehörde als **Träger von Pflegestützpunkten** vorgesehen ist, das **Initiativrecht** zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes in ihrem regionalen Einzugsgebiet hat. Das Initiativrecht bezieht sich auf einen Pflegestützpunkt je Einzugsgebiet, je nach Größe des Einzugsgebietes können aber Nebenstellen des Pflegestützpunktes miteingerichtet werden. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass in großen Einzugsgebieten eine wohnortnahe Beratung gewährleistet werden kann, ohne dass hierfür eine Vielzahl von Verträgen erforderlich ist. Das Initiativrecht konnte zunächst bis zum 31.12.2021 in Anspruch genommen werden. Diese Frist wurde zunächst bis zum 31.12.2023 verlängert und dann aber mit dem PUEG ganz gestrichen. Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, **vorhandene Beratungsstellen besser zu vernetzen**, indem auch für kommunale Stellen landesrechtlich ein Initiativrecht vorgesehen wird. Wenn eine kommunale Stelle aufgrund des Initiativrechts tätig wird, ist der Pflegestützpunkt in **gemeinsamer Trägerschaft** zu führen (vgl. § 7c Abs. 2 S. 3 iVm S. 5). Die Hoheit der Träger des Pflegestützpunktes über das jeweils eingesetzte Personal bleibt bestehen. Die Pflegestützpunkte nach dieser Vorschrift sind ebenso wie die Pflegestützpunkte nach Abs. 1 an die Regelungen in den **Rahmenverträgen** nach Abs. 6 gebunden. Soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Abs. 1a S. 1 oder den Rahmenverträgen nach Abs. 6 nichts anderes vereinbart ist, werden die für den

Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen **Aufwendungen** von den Trägern des Pflegestützpunktes zu **gleichen Teilen** getragen. Dabei werden die anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal berücksichtigt. Um die Erfahrungen mit dem Initiativrecht allen zugänglich zu machen, wird das BMG im Rahmen des Siebten Pflegeberichts bei den Ländern abfragen, in welchem Umfang und mit welchem Ergebnis von dem Initiativrecht Gebrauch gemacht wurde (vgl. BT-Drs. 18/9518, 60 f.). Vgl. insoweit S. 56 f. des Siebten Pflegeberichts (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf): „In der vom BMG geförderten ‚Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten‘ wurde festgestellt, dass die Errichtung der Pflegestützpunkte in den Ländern bisher unterschiedlich verlaufen ist. Laut der Studie kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Rechtsanspruch der Versicherten auf wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung, einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, in Pflegestützpunkten bundesweit aktuell in vergleichbarer Art und Weise eingelöst wird. Eine Übersicht zur Verteilung der Pflegestützpunkte ist unter Kapitel 4.6.6 zu finden. Bis auf Sachsen und Sachsen-Anhalt, die andere Ansätze bei der Koordination verfolgen, haben zwar alle Länder die Einrichtung von Pflegestützpunkten vorgesehen, jedoch ist die regionale Dichte von Pflegestützpunkten sehr unterschiedlich.“

V. Aufgaben der Pflegestützpunkte (Abs. 2)

Nach § 7c Abs. 2 S. 1 Nr. 1 gehört zu den **Aufgaben der Pflegestützpunkte** 6 die umfassende sowie unabhängige **Auskunft und Beratung** zu den Rechten und Pflichten nach dem SGB und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a iVm den Richtlinien nach § 17 Abs. 1a (vgl. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7.5.2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) geändert durch Beschluss vom 19.6.2023: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/2023-06-19_Pflegeberatungs-Richtlinien.pdf). Der durch das PSG III eingeführte explizite Hinweis auf §§ 7a, 17 Abs. 1a stellt klar, dass die **Pflegeberatung** nach § 7a zum Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte gehört und die weiteren Regelungen zur Pflegeberatung nach § 7a sowie die Richtlinien nach § 17 Abs. 1a auch für die Beratung nach § 7a in den Pflegestützpunkten gelten. Durch den generellen Verweis auf § 7a soll zudem sichergestellt werden, dass auch die Empfehlungen nach § 7a Abs. 3 berücksichtigt werden müssen. Bereits nach der Rechtslage vor dem PSG III war gem. § 7a Abs. 1 S. 10 sicherzustellen, dass Beratung nach § 7a in Pflegestützpunkten in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist. Mit der Verankerung der Beratung nach § 7a als Aufgabe von Pflegestützpunkten unterstreicht der Gesetzgeber, dass die Erbringung dieser Leistung in Pflegestützpunkten ausdrücklich gewollt ist (BT-Drs. 18/9518, 61). Weitere Aufgaben der Pflegestützpunkte sind die **Koordinierung** aller in Betracht kommenden medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten – einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme (Nr. 2) sowie die **Vernetzung** von pflegerischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsangeboten (Nr. 3). Hiermit wird die Aufgabe der Stützpunkte umschrieben, vorhandene Leistungsangebote unterschiedlicher Leistungserbringer sowie bürgerschaftliches Engagement (vgl. Abs. 2 S. 6 Nr. 2) zu koordinieren und ggf. darauf hinzuwirken, dass notwendige, aber fehlende Leistungsangebote aufgebaut werden.

- 7 Bei der Bewältigung dieser Aufgaben müssen die Träger der Pflegestützpunkte auf **vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen** zurückgreifen (Abs. 2 S. 2) und darauf hinwirken, dass sich die für die örtliche Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach SGB XII zuständigen Stellen, die zugelassenen und aktiven Pflegeeinrichtungen sowie die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung und privaten Krankenversicherung an den Pflegestützpunkten **„beteiligen“** (Abs. 2 S. 3). Beteiligung ist hier **im weitesten Sinn** zu verstehen. Bei den privaten Versicherungsunternehmen geht es vor allem um die Mitfinanzierung der Kosten des Pflegestützpunktes. Die privaten Versicherungsunternehmen sind ausdrücklich **keine Adressaten des Errichtungsauftrags**, also keine Träger der Pflegestützpunkte. Wenn sie sich nicht umfassend an der Finanzierung der Gesamtkosten beteiligen, sollen sie vertraglich mit den Trägern des Pflegestützpunktes über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme durch privat Pflege-Pflichtversicherte sowie über die Vergütung der je Fall entstehenden Aufwendungen Vereinbarungen treffen (Abs. 4 S. 4). Die **Beteiligung der Pflegeeinrichtungen** ist für diese dagegen nicht mit einer Beteiligung an der Kostentragung verbunden. Die nach Landesrecht zuständigen Stellen müssen sich nicht an der Trägerschaft beteiligen. Die Bestimmung in Abs. 2 S. 4, wonach sich auch die **Krankenkassen** an den Pflegestützpunkten zu beteiligen haben, ist über Pflichten zur Einrichtung und Finanzierung hinaus auf die speziellen Leistungsinhalte der Krankenversicherung zu beziehen. Abs. 2 S. 5 stellt klar, dass **Träger der Pflegestützpunkte die beteiligten Kosten- und Leistungsträger** sind. Welche Träger im konkreten Fall beteiligt sind, ist vertraglich zu regeln.
- 8 In Abs. 2 S. 6 werden in Nr. 1–5 verschiedene **Personen oder Personengruppen bzw. Organisationen** aufgelistet, die nach Möglichkeit von den Trägern der Pflegestützpunkte **einzubinden** sind bzw. mit denen **zusammenzuarbeiten** ist. Dazu gehören **Pflegefachkräfte** oder Mitglieder von **Selbsthilfegruppen** oder sonst zum **bürgerschaftlichen Engagement** bereite Personen und Organisationen (Nr. 1 und 2); ferner nach Nr. 3 die **kirchlichen, religiösen oder gesellschaftlichen Organisationen** sowie – durch das PSG III ergänzt – die **nicht-gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und Selbsthilfe stärkender und generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften**. Mit der letztgenannten **Öffnung der Beteiligung** an Pflegestützpunkten für Einrichtungen in der Kommune wird eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt. Nichtgewerblichen Einrichtungen in der Kommune, die Einwohnern der betreffenden Gemeinde zur Nutzung zur Verfügung stehen, soll auf diesem Wege eine Beteiligung an Pflegestützpunkten ermöglicht werden. Die Öffnung bezieht sich insbesondere auf Einrichtungen, die Aufgaben zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen sowie zur Stärkung der Selbsthilfe wahrnehmen oder deren Ausrichtung generationenübergreifend ist. Dabei ist insbesondere zum einen an öffentliche Einrichtungen gedacht, die im Rahmen von Projekten entstehen, wie zB Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser und lokale Allianzen für Menschen mit Demenz, und zum anderen an Einrichtungen der Selbsthilfe, die ggf. vor Ort existieren. Durch die Beteiligung dieser Einrichtungen, die regelmäßig neu entstehen, kann das Beratungsspektrum in Pflegestützpunkten an die jeweiligen, sich ändernden Gegebenheiten angepasst und entsprechend sinnvoll erweitert werden. Das bereits bei der Einführung der Pflegestützpunkte verfolgte Ziel der **strukturellen Vernetzung** der unterschiedlichen Einrichtungen auf der wohnortnahen Ebene wird durch die Möglichkeit der Einbindung der genannten Einrichtungen in die Beratung weiter vorangetrieben (vgl. BT-Drs. 18/9518, 61). Nach Nr. 4 können sich die Träger des Pflegestützpunktes zur Erfüllung ihrer Aufgaben **„dritter Stellen“** bedienen. Sie können damit Beratungs- und Betreuungsleistungen außenstehender Institutionen und Personen finanzieren und für ihre Zwecke nutzen. Handelt es sich bei den Außenstehenden

um „**vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen**“ (Abs. 2 S. 2), so sind diese in das Angebot des Pflegestützpunktes zu integrieren. Schließlich ist die Zusammenarbeit mit den Trägern nach SGB II und SGB III anzustreben (Nr. 5).

VI. Integrierte Versorgung (Abs. 3)

Die Ermächtigung zur **Nutzung der Instrumente der integrierten Versorgung** nach §§ 140a ff. SGB V und § 92b SGB XI richtet sich nicht an den Pflegestützpunkt (zum Fehlen eines gemeinsamen eigenständigen Rechtsträgers vgl. → Rn. 4), sondern an die am Stützpunkt beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Bei Verträgen zur wohnortnahen integrierten Versorgung handeln Pflege- und Krankenkassen gemeinsam und einheitlich. Klie/Ziller NDV 2009, 173 (178), halten integrierte Versorgungsverträge nach §§ 140a ff. SGB V iVm § 92b dagegen wegen der wettbewerblichen Anlage des Konzeptes der integrierten Versorgung innerhalb des Pflegestützpunktes für ungeeignet.

VII. Standort und Aufwendungen (Abs. 4)

Die **Standorte der Pflegestützpunkte** sind von den Trägern einvernehmlich 10 festzulegen (BT-Drs. 16/7439, 77); sie sollen eine **flächendeckende Versorgung** der Bevölkerung gewährleisten. Eine konkrete Bevölkerungszahl pro Pflegestützpunkt, wie sie noch im RegE zum § 92c (Abs. 2 S. 1 RegE) enthalten war, wurde ins Gesetz nicht aufgenommen. Grundsätzlich sind die **Pflegestützpunkte bei einem Leistungsträger**, also regelmäßig der Pflegekasse oder ggf. bei einem kommunalen Beteiligten einzurichten. § 7c Abs. 4 S. 1 erlaubt es, den Pflegestützpunkt auch „bei“ einer im Land **zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung** zu errichten, „wenn dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt“. Man wird der Vorschrift **klarstellenden Regelungsgehalt** zumessen können. Eine **räumliche und organisatorische Trennung beider Einrichtungen** muss gewährleistet sein. Jedoch kann aus einer allein räumlichen Nähe nicht auf einen Verstoß gegen die gebotene Wettbewerbsneutralität geschlossen werden. Nur eine derart einschränkende Auslegung wird den **strengen wettbewerbs- und verfassungsrechtlichen Vorgaben** der Rspr. zum Verhältnis von Pflegeberatung und Erbringung von Pflegeleistungen (BSG 28.6.2001 – B 3 P 9/00 R, BSGE 88, 215 (219 ff.) = SozR 3–3300 § 9 Nr. 1 = BeckRS 2001, 41798) gerecht. Die von einem Pflegestützpunkt mit hoheitlichen Mitteln wahrzunehmenden Beratungs- und Betreuungspflichten dürfen nicht in den **Wettbewerb konkurrierender Leistungsanbieter** eingreifen (BT-Drs. 16/7439, 77; „wettbewerbsneutrale Ausgestaltung“).

Die **Betriebskosten** der Pflegestützpunkte sind von den beteiligten Trägern auf 11 der **Grundlage einer Vereinbarung** anteilig zu tragen. Der RegE ging von einer gemeinsamen Finanzierung durch Krankenversicherung und Pflegeversicherung sowie der Gesamtheit der beteiligten Landesstellen aus, die für die Altenhilfe und die Sozialhilfe zuständig sind (BT-Drs. 16/7439, 77, zu Abs. 2); in Abs. 4 S. 2 werden die „Kostenträgergruppen“ nicht mehr im Einzelnen aufgeführt. Da nur Pflegekassen und Krankenkassen kraft Gesetzes zur Übernahme der Trägerschaft verpflichtet sind, nicht aber die landesrechtlichen Stellen, kann die Kostenlast bei ihnen verbleiben, wenn sich Landesbehörden nicht an der Trägerschaft beteiligen. Dies ist vor allem deshalb bemerkenswert, weil es weitgehend um die **Finanzierung von Aufgaben der Daseinsvorsorge** geht, die in die Kompetenz der Länder fallen. Die hierfür notwendige Infrastruktur ist aus allgemeinen Haushaltsmitteln und nicht aus dem Beitragsaufkommen der Sozialversicherung zu finanzieren. Die Verteilung der

Kostenlast zwischen Krankenkassen und Pflegekassen wird in Abs. 4 S. 3 gesondert festgelegt: der auf die einzelne Pflegekasse entfallende Anteil darf nicht höher sein als der von der entsprechenden Krankenkasse zu tragende Anteil.

- 12 Die **Finanzierungsverantwortung der privaten Pflegeversicherung** glaubte der Gesetzgeber besonders herausstellen zu müssen. Die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung können sich vertraglich an der Finanzierung der Pflegestützpunkte beteiligen. Kommt ein Vertrag über die Beteiligung an den Betriebskosten nicht zustande, müssen die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung und der privaten Krankenversicherung (vgl. Abs. 4 S. 4 letzter Hs.) mit den Trägern der Pflegestützpunkte Verträge über Art, Inhalt und **Umfang der Inanspruchnahme der Stützpunkte** durch Versicherte der privaten Pflegeversicherung und der privat Krankenversicherten schließen und Vereinbarungen über die je Fall entstehenden Aufwendungen treffen. Kommt eine derartige Vereinbarung nicht zustande, so haben privat Pflegeversicherte keinen Anspruch auf Beratung und Betreuung durch den Pflegestützpunkt; die private Pflegeversicherung muss dann auf andere Weise dafür Sorge tragen, dass Pflegeberatung und Hilfestellung für sie sichergestellt ist.

VIII. Datenschutz (Abs. 5)

- 13 Bei der Durchführung der den Pflegestützpunkten übertragenen Aufgaben wird der **Schutz von Sozialdaten** tangiert. Die angestrebte Vernetzung der an der Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligten Leistungs- und Kostenträger einerseits und Leistungserbringer sowie bürgerschaftlich engagierter Personen und Organisationen andererseits ist zwangsläufig mit **verstärktem Datenaustausch** verbunden. Abs. 5 (bis zum 1.1.2016: § 92c Abs. 7) schreibt daher vor, dass die Verarbeitung von Sozialdaten durch im Pflegestützpunkt tätige Personen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben befasste Stellen nur zulässig ist, soweit dies zur **Erfüllung der Aufgaben** nach dem SGB XI erforderlich oder durch Vorschriften des SGB bzw. Regelungen des Versicherungsvertrags- oder Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist. Auch wenn diese Voraussetzung vorliegt, bedarf es jeweils der **Einwilligung** des Pflegebedürftigen bzw. Betreuten oder ihres gesetzlichen Vertreters. Abs. 5 ergänzt die datenschutzrechtlichen Regelungen der §§ 93 ff., die keine speziellen Datenschutzvorschriften für die Beteiligten an den Pflegestützpunkten enthalten.

IX. Rahmenverträge (Abs. 6)

- 14 Zwecks Vereinfachung der Arbeit in den Pflegestützpunkten und bei der Einrichtung derselben sieht Abs. 6 S. 1 in seiner seit dem PSG III geltenden Fassung den **verpflichtenden Abschluss von Rahmenverträgen auf Landesebene für die Arbeit und die Finanzierung der Pflegestützpunkte** vor. Die Vorschriften zu den Rahmenverträgen wurden im Zuge des PSG III von einer „Kann-“ zu einer **„Muss-Regelung“**. Zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege werden zugleich die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene an den bereits nach geltendem Recht vorgesehenen Rahmenverträgen über Pflegestützpunkte als Vertragspartner beteiligt. Nähere Vorgaben zum Inhalt der Rahmenverträge enthalten S. 4–6: In den Rahmenverträgen sollen – wie schon nach früherem Recht – Vorgaben zur Arbeit und insbesondere zur Finanzierung der Pflegestützpunkte getroffen werden. Durch die getroffenen Vorgaben wird die **gemeinsame Einrichtung von Pflegestützpunkten** ermöglicht. Zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Pflegestützpunkte sind neben den Finanzierungsregelungen vor allem Regelungen zur Arbeit in den Pflegestützpunkten zu treffen. Dazu gehört die **Strukturierung der**

Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten (Care-Management), die Organisationsstruktur, die Personalausstattung, die Raum- und Sachausstattung des Pflegestützpunkts, die Arbeitsweise und der Aufgabenzuschnitt der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Erreichbarkeit der Beratung, die Berücksichtigung des besonderen Unterstützungsbedarfs spezieller Zielgruppen und die Öffentlichkeitsarbeit. Darüber hinaus sind klare Regelungen zur **Zuständigkeit** für die Aufgabenerfüllung und **Koordinierung** innerhalb des Pflegestützpunktes in die Rahmenverträge aufzunehmen. Außerdem aufzunehmen sind Regelungen zur Zuständigkeit für die **Qualitätssicherung** und für die **Auskunftspflicht** gegenüber den Trägern des Pflegestützpunktes einerseits und den zuständigen Aufsichtsbehörden andererseits (Länder und Bundesversicherungsamt). Soweit in den Rahmenverträgen nichts Abweichendes geregelt wird, bleibt die Hoheit der Träger des Pflegestützpunktes über das jeweils eingesetzte Personal bestehen (vgl. BT-Drs. 18/9518, 61 f.). Nach S. 5 sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Abs. 4 getroffen werden. Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten nach S. 6 unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Abs. 1 nichts anderes vereinbart ist. **Bereits vorhandene, bestandskräftige Rahmenverträge** gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach S. 1 fort (S. 2). Die **Bestimmung der obersten Landesbehörde** nach Abs. 1 S. 1 und die **Empfehlungen gem. Abs. 9** sind schließlich zu berücksichtigen (S. 3).

X. Schiedsstellen (Abs. 7)

Abs. 7, eingeführt durch das PSG III mWv 1.1.2017, **ermächtigt die Landesregierungen**, durch **Rechtsverordnung Schiedsstellen** einzurichten (S. 1). Die Landesregierungen haben damit die Möglichkeit, zu entscheiden, ob sie den Inhalt von Rahmenverträgen im Fall der Nichteinigung von Schiedsstellen bestimmen lassen wollen. Die Schiedsstellen haben die Aufgabe, den Inhalt von Rahmenverträgen nach Abs. 6 festzusetzen, sofern solche Verträge nicht innerhalb bestimmter Frist nach Maßgabe der Rechtsverordnung zustande kommen (S. 2 iVm S. 6). Zu den **Mitgliedern** der Schiedsstelle müssen in gleicher Zahl **Vertreter der Pflegekassen und der Sozialhilfeträger** angehören, ferner sog. **unparteiische Mitglieder** (S. 3 und 4). S. 5 verweist auf § 76 Abs. 3 und 4; Durch den Verweis auf § 76 Abs. 3 wird sichergestellt, dass das Schiedsamt als **Ehrenamt** geführt wird, jedes Mitglied eine Stimme hat und Entscheidungen mit der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder getroffen werden. Bei **Stimmengleichheit** entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Durch den Verweis auf § 76 Abs. 4 wird die **Rechtsaufsicht** der zuständigen Landesbehörde zugewiesen. Die gesetzlichen Regelungen über Bildung und Zusammensetzung der Schiedsstellen sind im Hinblick auf die Verordnungsermächtigung für die Landesregierungen auf wenige Vorgaben begrenzt. Einzelheiten, insbesondere zum Verfahren und zu Kostenfragen, sind daher in der Rechtsverordnung zu regeln (S. 6).

XI. Unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder (Abs. 8)

Nach dem durch das PSG III mWv 1.1.2017 eingefügten Abs. 8 können im Streitfall **alternativ zur Einrichtung einer Schiedsstelle** die Inhalte der Rahmenverträge auch von einer **unparteiischen Schiedsperson und zwei unparteiischen Mitgliedern** festgelegt werden. Voraussetzung ist, dass die Vertragsparteien des Rahmenvertrages nach Abs. 6 S. 1 sich **einvernehmlich** auf eine unparteiische

Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder einigen. Ist eine solche Einigung erfolgt, müssen die Inhalte des strittigen Rahmenvertrags binnen einer **Frist von sechs Wochen** festgelegt werden. Nach der gesetzgeberischen Einschätzung soll ein solches Instrument der Konfliktlösung mit einem **erheblich geringeren bürokratischen Aufwand** verbunden sein, wobei der Gesetzgeber keine Alternative favorisiert. Vielmehr wird in der Gesetzesbegründung ausdrücklich den Vertragspartnern freigestellt, welches Instrument zur Konfliktlösung sie wählen (BT-Drs. 18/9518, 62). Nach S. 2 tragen die Vertragspartner (des Rahmenvertrages nach Abs. 6 S. 1) die **Kosten** des alternativen Schiedsverfahrens nach S. 1 **zu gleichen Teilen**.

XII. Gemeinsame und einheitliche Empfehlungen (Abs. 9)

- 17 Nach Abs. 9, der inhaltlich dem bis zum 1.1.2016 geltenden § 92c Abs. 9 bzw. dem bis zum 1.1.2017 geltenden § 7c Abs. 7 entspricht, können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft in der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände **gemeinsam und einheitlich Empfehlungen** vereinbaren, soweit sich diese wie die Vereinbarungen nach Abs. 6 auf die Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in gemeinsamer Trägerschaft beziehen. Insofern wird auf die Empfehlungen nach § 92c Abs. 9 S. 3 aF über die Arbeiten und die Finanzierung von Pflegestützpunkten zwischen der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände sowie der BAG der überörtlichen Sozialhilfeträger und dem GKV-Spitzenverband (Stand 3.8.2009) verwiesen (vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegestuetzpunkte/_92_c_Empfehlungen_Finanzierung.pdf).

§ 8 Gemeinsame Verantwortung

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

(2) ¹Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. ²Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei; das gilt insbesondere für die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Pflege durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege sowie für die Vorhaltung eines Angebots von der Pflege ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. ³Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. ²Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige

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

(3a) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 3 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. ²Bei Modellvorhaben, die den Einsatz von zusätzlichem Personal in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung erfordern, können die dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden. ³Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. ⁴Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung der Modellvorhaben nicht belastet werden. ⁵Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht werden, können sie in das folgende Haushaltsjahr oder unter entsprechender Erhöhung des zur Verfügung stehenden Betrages auf die Mittel nach Absatz 3b Satz 5 für den Bereitstellungszeitraum nach Absatz 3b Satz 5 übertragen werden. ⁶Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. ⁷Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. ⁸Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. ⁹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. ¹⁰Über die Auswertung der Modellvorhaben ist von unabhängigen Sachverständigen ein Bericht zu erstellen. ¹¹Der Bericht ist zu veröffentlichen. ¹²§ 45c Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.

(3b) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterent-

wicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c Satz 1 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, und die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung sicher. ²Das Bundesministerium für Gesundheit setzt dazu ein Begleitgremium ein. ³Aufgabe des Begleitgremiums ist es, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei der Umsetzung des Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie bei der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung fachlich zu beraten und zu unterstützen. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie nach Anhörung des Begleitgremiums Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1. ⁵Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen werden zur Finanzierung der Maßnahmen nach Satz 1 in den Jahren 2021 bis 2026 bis zu 12 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt. ⁶Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. ⁷Der Einsatz von zusätzlichem Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen und die dadurch entstehenden Personalkosten bei der Teilnahme an Modellprojekten nach Satz 1 sollen in das Fördervolumen nach Satz 5 einbezogen werden. ⁸Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1 nicht belastet werden.

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

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

(5a) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c Absatz 6 sicherzustellen. ²Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(6) ¹Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der

Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. ²Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. ³Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. ⁴Die vollstationäre Pflegeeinrichtung kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten. ⁵Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. ⁶Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich

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

⁷Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig, sofern von der vollstationären Pflegeeinrichtung halbjährlich das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 2 bestätigt wird. ⁸Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. ⁹Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. ¹⁰Bis zum Vorliegen der Bestimmung nach Satz 8 stellen die Landesverbände der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicher; es genügt die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse. ¹¹Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. ¹²Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. ¹³Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. ¹⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.

(7) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. ²Die Maßnahmen nach

Satz 1 werden in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert. ³Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichsfonds verringert. ⁴Förderfähig sind alle Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, insbesondere für ihre in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern; dazu gehören, jeweils einschließlich aller erforderlichen Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung, insbesondere der Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte und Beschäftigten sowie der Begleitung bei der Umsetzung, insbesondere

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

⁵Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse möglich:

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

⁶Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. ⁷Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden.

⁸Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. ⁹Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. ¹⁰Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. ¹¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, erstmals bis zum 31. März 2019, Richtlinien über das Nähere der Vorausset-

zungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. ¹²Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. ¹³Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. ¹⁴Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. ¹⁵Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ¹⁶Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(8) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. ²Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. ³Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege. ⁴Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. ⁵Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. ⁶Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. Oktober 2023 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. ⁷Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. ⁸Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. ⁹Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 8 unterbrochen. ¹⁰Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ¹¹Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(9) ¹Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 jeweils ergeben. ²Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro. ³Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichs-

fonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. ⁴Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. ⁵§ 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. ⁶Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. ⁷§ 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck, gesamtgesellschaftliche Aufgabe (Abs. 1)	2
III. Zusammenwirken (Abs. 2)	3
IV. Modellvorhaben und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Abs. 3)	4
V. Modellvorhaben zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze (Abs. 3a)	5
VI. Sicherstellung der wissenschaftlichen Begleitung des Personalbemessungsverfahrens (Abs. 3b)	7
VII. Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle, der wissenschaftlichen Aufträge und der Aufgaben nach § 113c (Abs. 4)	8
VIII. Finanzierung der beauftragten, fachlich unabhängigen Stellen (Abs. 5)	10
IX. Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c Abs. 6 (Abs. 5a)	13
X. Vergütungszuschlag vollstationärer Einrichtungen (Abs. 6)	14
XI. Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Abs. 7)	17
XII. Zuschuss für digitale Anwendungen (Abs. 8)	21
XIII. Kostenbeteiligung privater Pflegeversicherungsunternehmen (Abs. 9)	23
XIV. Vereinbarung über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel (Abs. 10)	26
XV. Gesetzesänderungen	27

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG v. 26.5.1994 (BGBl. I 1014, Berichtigung v. 23.9.1994, BGBl. I 2797; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 505/93, BT-Drs. 12/5617, BT-Drs. 12/5920 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/5952 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/6424 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss], BT-

Drs. 12/6491 [Unterrichtung Bundesregierung], BR-Drs. 946/93 [Unterrichtung Bundesregierung] und BT-Drs. 12/7323 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss]) eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 8 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 92. Geändert wurde lediglich Abs. 2 S. 1. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurden die Kommunen in den Kreis der zusammenwirkenden Institutionen einbezogen und die Beteiligung des MD hinzugefügt, vgl. BT-Drs. 12/5952, 34. In Abs. 2 S. 3 wurden durch das SGB IX v. 19.6.2001 (BGBl. I 1046; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 49/01, BT-Drs. 14/5531, BT-Drs. 14/5786 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 14/5800 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung]) mWv 1.7.2001 die Wörter „Maßnahmen der“ durch die Wörter „Leistungen zur“ ersetzt. Abs. 3 ist durch das PfEG v. 14.12.2001 (BGBl. I 3728) mWv 1.1.2002 eingeführt worden; zur Begr. vgl. BT-Drs. 14/7374, 5, 19. Durch das GKV-WSG v. 26.3.2007 (BGBl. I 378; Gesetzesmaterialien: BT-Drs. 16/3100 [Gesetzentwurf Fraktion der CDU/CSU, Fraktion der SPD], BT-Drs. 16/4200 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 16/4247 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) ist in Abs. 3 S. 1, 6 und 9 der Spitzenverband Bund der Pflegekassen an die Stelle der Spitzenverbände der Pflegekassen getreten. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz v. 28.5.2008 (BGBl. I 874; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 718/07, BT-Drs. 16/7439, BT-Drs. 16/8525 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) ist S. 3 um weitere Modellvorhaben ergänzt und S. 5 eingefügt worden; zur Begr. vgl. BT-Drs. 16/7439, 49 f. Durch das PSG I v. 17.12.2014 (BGBl. I 2222; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 223/14, BT-Drs. 18/1798, BT-Drs. 18/2909 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) ist mWv 1.1.2015 (BGBl. I 2222 [2230]) klargestellt, dass auch Maßnahmen wie zB Studien, wissenschaftliche Expertisen und Tagungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung zu fördern sind (BT-Drs. 18/1798, 26; BT-Drs. 18/2909, 8, 40 f.). Durch das PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde mWv 1.1.2016 Abs. 4 eingefügt und Abs. 3 S. 12 mWv 1.1.2017 redaktionell angepasst. Mit dem PpSG v. 11.12.2018 (BGBl. I 2394; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 376/18, BT-Drs. 19/4453, BT-Drs. 19/5593 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden mWz 1.1.2019 die Abs. 5–10 angefügt. Mit dem Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts v. 12.12.2019 (BGBl. I 2652; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 351/19, BT-Drs. 19/13824, BT-Drs. 19/14870 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Arbeit und Soziales]) wurde mWz 1.1.2020 in Abs. 3 und 4 statt des Bundesversicherungsamtes, nun das Bundesamt für Soziale Sicherung aufgenommen. Durch das GPVG v. 22.12.2020 (BGBl. I 3299; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 561/20, BT-Drs. 19/23483, BT-Drs. 19/24727 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden mWz 1.1.2021 Abs. 3a und 3b neu eingefügt und Abs. 6 S. 4, 7 und 8 geändert. Mit dem DVPMG v. 3.6.2021 (BGBl. I 1309; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 52/21, BT-Drs. 19/27652, BT-Drs. 19/29384) wurde in Abs. 8 S. 1 der Zeitraum für einen einmaligen Zuschuss bis 2023 erweitert. Das GVWG v. 11.7.2021 (BGBl. I 2754; Berichtigung v. 22.6.2022, BGBl. I 1025; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 12/21, BT-Drs. 19/26822, BT-Drs. 19/30550 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 19/30560 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) änderte mWz 20.7.2021 den Abs. 4 und erweiterte den Katalog der Förderungsfähigkeit in Abs. 7 S. 2; mWz 1.6.2026 sollen die Abs. 6 und Abs. 9 S. 2 entfallen (→ Rn. 27). Mit dem Pflegebonusgesetz v. 28.6.2022 (BGBl. I 936; Berichtigung v. 2.2.2023, BGBl. I Nr. 42 vom 17.2.2023; Gesetzesmaterialien: BT-Drs. 20/1331 [Gesetzentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD], BT-Drs. 20/1909 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde mWz 30.6.2022 ein neuer Abs. 5a eingefügt. MWz 29.12.2022 erfolgten in Abs. 3a

S. 5 und Abs. 3b S. 5 Änderungen durch das KHPfIEG v. 20.12.2022 (BGBl. I 2793; BR-Drs. 460/22, BT-Drs. 20/3876, BT-Drs. 20/4708 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]). Durch das PUEG v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurden mWz 1.7.2023 in Abs. 7 zwei neue S. 2 und 3 eingefügt und aus den bisherigen S. 3 und 4 ein neuer und geänderter S. 5. Darüber hinaus wurde Abs. 8 grundlegend geändert. Zu den Gesetzesmaterialien des PUEG vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzesentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier va BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BReg). MWz 16.12.2023 erfolgte zuletzt eine Änderung durch Art. 8m und 8n des PflStudStG v. 12.12.2023 (BGBl. I Nr. 359) in Abs. 3b S. 5 und Abs. 7 S. 4. Zu den Gesetzesmaterialien vgl. BR-Drs. 225/23 (Gesetzesentwurf Bundesregierung), BT-Drs. 20/8105 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BReg) sowie BT-Drs. 20/8901 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit).

II. Normzweck, gesamtgesellschaftliche Aufgabe (Abs. 1)

- 2 Abs. 1 enthält einen **Appell an die Gesamtbevölkerung**, der deutlich machen soll, dass die Einführung der Pflegeversicherung die bislang bestehenden Verantwortlichkeiten für Pflegemaßnahmen – ungeachtet des **Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen** (§§ 12 Abs. 1 S. 1, 69) – nicht in vollem Umfang ablösen will. Er bezieht sich damit auch auf die Programmsätze in §§ 2 Abs. 1, 4 Abs. 2. § 8 Abs. 2 steht im Zusammenhang mit § 9, der eine Verpflichtung der Länder im Rahmen der pflegerischen Versorgung beinhaltet. Beide Vorschriften befassen sich mit den **strukturellen Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung**. Weitere, konkrete Verpflichtungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ergeben sich aus § 11 (Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen) sowie § 12 (Aufgaben der Pflegekassen). § 8 Abs. 3 schafft die Möglichkeit für **Modellvorhaben und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung**, insbesondere auch in Abweichung von der geltenden Pflegesatzstruktur und der Regelung zur Pflegesachleistung in § 36. Zentrale Vorschrift zur **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen** ist § 45c. Mit dem durch das GPVG mWz 1.1.2021 neu eingefügten Abs. 3a besteht die Möglichkeit von Modellvorhaben zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze. Abs. 3b dient der Sicherstellung der wissenschaftlichen Begleitung des Personalbemessungsverfahrens. Der durch das PSG II eingefügte Abs. 4 regelt die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Abs. 6, der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Abs. 4 sowie der Aufgaben nach § 113c (BT-Drs. 18/5926, 88). Abs. 5 regelt die Finanzierung der gemäß § 113 Abs. 1b S. 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution. Mit Abs. 5a wird die Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c Abs. 6 festgelegt. Die Regelung des Abs. 6 bestimmt für Einrichtungen der vollstationären Altenpflege einschließlich der Kurzzeitpflege einen gesetzlichen Anspruch, auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Pflegefachkräfte durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen. Abs. 7 zielt darauf ab, durch Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie von Pflege und Beruf von professionell in der Pflege Tätigen die Attraktivität

des Pflegeberufs zu stärken. Mit Abs. 8 wird für ambulante bzw. stationäre Einrichtungen ein einmaliger Zuschuss als Anteilsfinanzierung für digitale Anwendungen für die professionelle Pflege geregelt. Abs. 9 sieht eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an der Finanzierung der Kosten vor, die sich aus den Abs. 5–8 ergeben. Mit Abs. 10 schließlich ist bestimmt, dass das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach den Abs. 6–8 durch eine Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und des Bundesversicherungsamtes (mWz 1.1.2020 = Bundesamt für Soziale Sicherung) erfolgt.

III. Zusammenwirken (Abs. 2)

Abs. 2 weist den an der Durchführung der Pflege beteiligten Institutionen die Aufgabe zu, bei der **Gewährleistung der erforderlichen Pflege-Infrastruktur** eng zusammen zu arbeiten. Soweit die für die Umsetzung der Pflegeversicherung erforderliche pflegerische Versorgungsstruktur Defizite aufweist, haben sie das bestehende Angebot zu ergänzen; dies gilt etwa im Hinblick auf Einrichtungen, die teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege anbieten (S. 2). Weiter obliegt es ihnen, Maßnahmen zu ergreifen, um hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte in ausreichender Zahl zu gewinnen, zu unterstützen und zu fördern. Für die Pflegekassen wird diese Aufgabe durch § 45 (Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen) konkretisiert. Die Verantwortlichkeiten der in Abs. 2 genannten Adressaten ergeben sich aber erst aus den §§ 9, 11 und 12, den Landespflegegesetzen oder den die Pflegeleistungen anderer Sozialleistungsträger regelnden Vorschriften des SGB.

IV. Modellvorhaben und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Abs. 3)

Modellvorhaben und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus **Mitteln des vom Bundesamt für Soziale Sicherung verwalteten Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung** (§ 65) fördern (vgl. zum Verfahren der Auszahlung Abs. 3 S. 10). Diese sollen insbesondere die **Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen** für Pflegebedürftige betreffen (S. 1). Hiervon sind auch Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen erfasst (BT-Drs. 18/1798, 26). Als vorrangig in der Region zu erprobende Modellvorhaben nennt Abs. 3 S. 2 Möglichkeiten eines **personenbezogenen Budgets** sowie **neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige**. Insofern ist die durch das PNG mWv 30.10.2012 eingeführte Anschubfinanzierung zur Gründung von **ambulant betreuten Wohngruppen in § 45e** hervorzuheben. Zur Unterstützung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der gegenwärtigen Vergütungsstrukturen (Abs. 3 S. 3) wird es den Pflegekassen weiter ermöglicht, von den **Vorgaben zur Pflegesatzbemessung in § 84 Abs. 2 S. 2** abzuweichen, die eine Einteilung der Pflegebedürftigen in drei Pflegestufen und eine ergänzende Berücksichtigung von Zuschlägen zu den Pflegesätzen für besondere Härtefälle vorsieht. Dadurch sollen Modellvorhaben zulässig werden, mit denen ein einheitlicher und pflegestufenunabhängiger Pflegesatz, stationsbezogene Pflegesätze oder auch stärker untergliederte Pflegesätze erprobt werden können (BT-Drs. 16/7439, 50). Die **Abkoppelung des Pflegesatzes von den Pflegestufen** soll – so der Gesetzgeber des PflegeWEG – nicht nur für Bewohner interessant sein, sondern in den Pflegeheimen stärkere Anreize schaffen, aktiver einer Verschlechterung der

Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken (BT-Drs. 16/7439, 50). Zur **organisatorischen Abwicklung der Modellvorhaben** enthalten Abs. 3 S. 5–12 weitere Regelungen. Abs. 3 S. 7 bestimmt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen einheitlich und gemeinsam Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben und Maßnahmen vorgibt. Eine Abstimmung mit dem BMG muss erfolgen (Abs. 3 S. 8); dabei sind auch die von den Ländern eingebrachten Vorschläge zu **regionalen Modellvorhaben** angemessen zu berücksichtigen (BT-Drs. 18/2909, 40). Eine **Beteiligung der Länder** ist vorgesehen, soweit deren finanzielle Interessen berührt werden (Abs. 3 S. 9). Abs. 3 S. 12 nimmt auf § 45c Bezug, der eine spezialgesetzliche Regelung für Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen insbesondere bei Demenzzkranken, allerdings in Kofinanzierung mit den Ländern und Kommunen, beinhaltet.

V. Modellvorhaben zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze (Abs. 3a)

- 5 Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird aus Abs. 3a ermächtigt, aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 3 Mio. EUR im Kalenderjahr **Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen durchzuführen und mit Leistungserbringern zu vereinbaren**. Dazu können auch Projekte gehören, in denen unter Verantwortung einer Advanced Practice Nurse die Versorgung von Pflegebedürftigen organisiert wird, zB um unnötige Krankenhauseinweisungen der Pflegebedürftigen zu vermeiden. Durch die Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen soll ermittelt werden, ob sich die Versorgung pflegebedürftiger Personen sowie die Arbeitszufriedenheit des Personals in Pflegeeinrichtungen durch innovative Versorgungsansätze maßgeblich verbessern lässt und dies ggf. zur Einsparung von Kosten für das Gesundheitswesen beiträgt (BT-Drs. 19/24727, 61 f. [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]).
- 6 Zu den mWz 29.12.2022 in Abs. 3a S. 5 erfolgten Änderungen durch das KHPfEG vgl. die Gesetzesmaterialien → Rn. 1.

VI. Sicherstellung der wissenschaftlichen Begleitung des Personalbemessungsverfahrens (Abs. 3b)

- 7 Zur **wissenschaftlich gestützten Begleitung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nach qualitativen und quantitativen Maßstäben**, das nach § 113c in der am 1.1.2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, führt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ein Modellprogramm durch, aus dem Studien, Modellprojekte und wissenschaftliche Expertisen finanziert werden sollen (so und insgesamt noch sehr weiterführend BT-Drs. 19/24727, 62 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]). Durch den Ausschuss für Gesundheit wurde im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum PfStudStG (→ Rn. 1) mWz 16.12.2023 die Befristung der Modellprogramms bis Ende 2026 erweitert, damit auch für die Modellprojekte zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgung hinreichend Zeit für die Umsetzung besteht (vgl. hierzu ausführlicher BT-Drs. 20/8901 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit], 172). Eine Erhöhung der Finanzierungssumme erfolgte dabei nicht.

VII. Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle, der wissenschaftlichen Aufträge und der Aufgaben nach § 113c (Abs. 4)

Die mit dem PSG II zum 1.1.2016 neu eingeführte Regelung des Abs. 4 ist im 8
Zusammenhang mit der in § 113b vorgesehenen Fortentwicklung der bisherigen
Schiedsstelle zu einem entscheidungsfähigen **Qualitätsausschuss** zu sehen. Nach
§ 113b Abs. 6 hatten die Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam bis zum 31.3.2016
eine **unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle** des Qualitätsausschusses für die
Dauer von fünf Jahren einzurichten. Diese nimmt auch die Aufgaben einer wissen-
schaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr und soll insbesondere den
Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftrags-
verfahren nach § 113 Abs. 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitserge-
bnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. Näheres zur Zusam-
mensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle regeln die
Vertragsparteien nach § 113 in der Geschäftsordnung. Zu den Aufgaben der **wissen-
schaftlich qualifizierten Geschäftsstelle** gehört auch die Entwicklung der wis-
senschaftlichen Grundlagen für neue Instrumente der Qualitätsprüfung und Quali-
tätsdarstellung (§ 113b Abs. 4 S. 2 Nr. 3). Entsprechende wissenschaftliche
Vorarbeiten sind bereits früher aus Mitteln nach § 8 Abs. 3 gefördert worden. Vor
diesem Hintergrund hatte der Gesetzgeber es als sinnvoll angesehen, mit der Neure-
gelung in § 8 Abs. 4 auch die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle und
der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Abs. 4 aus den Mitteln nach § 8 Abs. 3
sicherzustellen (BT-Drs. 18/5926, 88). Die privaten Versicherungsunternehmen, die
die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, wurden verpflichtet, sich mit
einem Anteil von 10 % an diesen Aufwendungen zu beteiligen, solange der Verband
der privaten Krankenversicherung e.V. als Mitglied im Qualitätsausschuss nach
§ 113b vertreten ist.

Durch das GVWG verfolgte sodann mWz 20.7.2021 eine Änderung dahinge- 9
hend, dass die **Finanzierung** nicht mehr aus Mitteln des § 8 Abs. 3 erfolgt, sondern
aus dem **Ausgleichsfond der Pflegeversicherung**. Zudem ist die anteilige Kosten-
beteiligung iHv 10 % durch die privaten Versicherungsunternehmen gestrichen
worden (zu den Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 12/21, BT-Drs. 19/26822, BT-
Drs. 19/30550 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 19/30560
[Bericht Ausschuss für Gesundheit]).

VIII. Finanzierung der beauftragten, fachlich unabhängigen Stellen (Abs. 5)

Mit dem PSG II vom 21.12.2015 wurden die Vertragsparteien nach § 113 ver- 10
pflichtet, gemäß § 113 Abs. 1b eine fachlich unabhängige Institution mit der Zusam-
menführung und Auswertung der Daten des indikatorengestützten Verfahrens zur
vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären
Bereich zu beauftragen. Notwendige Voraussetzung für den Betrieb dieser Datenaus-
wertungsstelle ist die **Sicherstellung ihrer Finanzierung** (BT-Drs. 19/4453, 95).

Mit Abs. 5 wird daher vorgegeben, dass aus den **Mitteln des Ausgleichsfonds 11
der Pflegeversicherung** die Finanzierung der gemäß § 113 Abs. 1b S. 1 beauftrag-
ten, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen ist (S. 1). Das Nähere über
das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel
vereinbaren nach S. 2 die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungs-
amt (mWz 1.1.2020 = Bundesamt für Soziale Sicherung). Die jeweilige Auszahlung
bedarf letztlich der Genehmigung durch das BMG.

- 12 Über Abs. 9 ist die **finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen**, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sichergestellt.

IX. Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c Abs. 6 (Abs. 5a)

- 13 Mit dem Pflegebonusgesetz (Gesetzesmaterialien → Rn. 1) wurde Abs. 5a mWz 30.6.2022 eingefügt. Er bestimmt, dass **aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung auch die Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c Abs. 6** sicherzustellen ist. Nach S. 2 regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel.

X. Vergütungszuschlag vollstationärer Einrichtungen (Abs. 6)

- 14 Alle **Einrichtungen der vollstationären Altenpflege einschließlich der Kurzzeitpflege** in Deutschland **sollen im Rahmen des Sofortprogramms bei ihrer täglichen Leistungserbringung unterstützt** werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen verbunden ist. Dazu erhalten die Einrichtungen unmittelbar einen gesetzlichen Anspruch, auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Pflegefachkräfte durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen (BT-Drs. 19/4453, 95). Die konkreten **Details des Zuschlags** (Voraussetzungen, Ausnahme für Pflegehilfskräfte, Höhe etc) hierzu regelt Abs. 6. Zur ausführlichen Erläuterung vgl. die Gesetzesmaterialien BT-Drs. 19/4453,n95 und BT-Drs. 19/5593, 74 f., 130 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) sowie BT-Drs. 19/24727, 33, 63 zu Doppelbuchstabe b (= S. 7); zu den Pflegehilfskräften vgl. auch die Änderungen durch das GPVG mWz 1.1.2021: BT-Drs. 19/24727, 33, 62 f. zu den Doppelbuchstaben aa und cc.
- 15 Zur **Finanzierung** dieser speziellen Leistung an die Einrichtungen zahlen die Krankenkassen nach § 37 Abs. 2a SGB V jährlich 640 Mio. EUR an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich anteilig mit pauschal 44 Mio. EUR im Jahr (BT-Drs. 19/4453, 96).
- 16 Zur **bevorstehenden Gesetzesänderung** (Wegfall dieses Absatzes) → Rn. 27.

XI. Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Abs. 7)

- 17 Um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die **Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern**, bestimmt Abs. 7, dass aus den **Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung** in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Mio. EUR bereitgestellt wurden. Die Förderung der Maßnahmen erfolgt auch in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (S. 2), wobei sich das verfügbare Fördervolumen um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichsfonds verringert (S. 3).
- 18 Hintergrund ist, dass es in der Altenpflege einen hohen Bedarf an Fachkräften gibt, der derzeit nicht gedeckt werden kann. Es ist absehbar, dass sich diese kritische Situation aufgrund des demografischen Wandels noch weiter verschärfen wird. Eine

gute und verlässliche Pflege ist für unsere Gesellschaft von ganz entscheidender Bedeutung. Die professionelle Pflege leistet einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung von Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder Fähigkeiten aufweisen und aus diesem Grund auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind. Betroffen sind hier insbesondere ältere und hochaltrige Menschen, die ein hohes Schutzbedürfnis haben (BT-Drs. 19/4453, 96).

Abs. 7 regelt im Einzelnen **Näheres zu unverbrauchten Mitteln, der Förderungsfähigkeit von Projekten, zum Verfahren, Richtlinien zur Förderung etc.** Zu näheren Einzelheiten vgl. die Gesetzesbegründung BT-Drs. 19/445, 96 f. und die Beschlussempfehlung sowie den Bericht des Ausschusses für Gesundheit BT-Drs. 19/5593, 75 f., 130 f. Durch das GVWG erfolgte mWz 20.7.2021 eine Erweiterung des **Katalogs der Förderungsfähigkeit** in Abs. 7 S. 2 aF (jetzt: S. 4) (zu den Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 12/21, BT-Drs. 19/26822, BT-Drs. 19/30550 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 19/30560 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]). Durch das PUEG wurden mWz 1.7.2023 in Abs. 7 zwei neue S. 2 und 3 eingefügt und aus den bisherigen S. 3 und 4 ein neuer und geänderter S. 5. Zu den Gesetzesmaterialien des PUEG → Rn. 1. Durch den Ausschuss für Gesundheit wurde im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum PflStudStG (→ Rn. 1) mWz 16.12.2023 der Katalog der Maßnahmen auf Grundlage der bereits bislang förderfähigen Maßnahmen neu strukturiert und begrifflich konkretisiert. Hintergrund waren Auslegungsprobleme in der Praxis hinsichtlich der Frage, welche Maßnahmen aus dem Förderprogramm konkret förderfähig seien. Die Konkretisierung des Maßnahmenkatalogs soll für die Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen das Antrags- und Bewilligungsverfahren erleichtern und beschleunigen und damit zur Entbürokratisierung der Verfahren bei den Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen beitragen (vgl. hierzu ausführlicher BT-Drs. 20/8901 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit], 171).

Über Abs. 9 ist die **finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen**, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sichergestellt.

XII. Zuschuss für digitale Anwendungen (Abs. 8)

Für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung wird nach Abs. 8 in den Jahren 2019 bis 2030 aus den **Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung** ein einmaliger Zuschuss bereitgestellt, um **digitale Anwendungen**, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Die Förderfähigkeit, Förderhöhe, Förder-Richtlinie und Rechte des BMG werden in Abs. 8 im Einzelnen geregelt.

Zu den näheren Hintergründen und verfolgten Zielen vgl. die ursprüngliche Gesetzesbegründung zum PpSG: BT-Drs. 19/4453, 97 und BT-Drs. 19/5593, 76 f., 131 (zu S. 5). Im Übrigen aber wurde Abs. 8 durch das PUEG mWz 1.7.2023 grundlegend geändert. Zu den Gesetzesmaterialien des PUEG → Rn. 1.

XIII. Kostenbeteiligung privater Pflegeversicherungsunternehmen (Abs. 9)

Die Regelung sieht eine **Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen**, die die **private Pflege-Pflichtversicherung durchführen**, an der Finanzierung der Kosten vor, die sich aus den Abs. 5–8 ergeben. Eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen ist angezeigt, da auch privat Versicherte von den durch diese Regelungen ausgelösten Verbesserungen profitieren werden, dh von

besseren Informationen über die Pflegequalität bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung (Abs. 5) und auch von verbesserten Arbeitsbedingungen für die professionelle Pflege in personeller wie technischer Hinsicht (Abs. 7 und 8) (BT-Drs. 19/4453, 97).

- 24 Durch die Verpflichtungen zur Kostentragung und zur Finanzierungsbeteiligung, die den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch dieses Gesetz neu entstehen, ändern sich die Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation in der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend. Bei den Bestandsverträgen sind diese Verpflichtungen in den Rechnungsgrundlagen bislang nicht berücksichtigt. Die privaten Versicherungsunternehmen können die Prämien an die insoweit geänderten Rechnungsgrundlagen anpassen. Die Anpassung bedarf wie jede andere Anpassung der Zustimmung des Treuhänders nach § 155 Abs. 1 VAG. Für das Wirksamwerden der Neufestsetzung der Prämie und das Sonderkündigungsrecht gelten die bei anderen Beitragsanpassungen anzuwendenden Regelungen entsprechend (BT-Drs. 19/4453, 97 f.).
- 25 Zur **bevorstehenden Gesetzesänderung** (Wegfall des S. 2) → Rn. 27.

XIV. Vereinbarung über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel (Abs. 10)

- 26 Die Einzelheiten der Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Fördermaßnahmen nach den Abs. 6–8 werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und dem Bundesversicherungsamt (mWz 1.1.2020 = Bundesamt für Soziale Sicherung) vereinbart. Die Vergabe der Fördermittel durch die Landesverbände der Pflegekassen gemäß Abs. 7 ist Gegenstand der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen. Auch die Festlegung der inhaltlichen Fördervoraussetzungen nach Abs. 7 bleibt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorbehalten (BT-Drs. 19/4453, 98).

XV. Gesetzesänderungen

- 27 Mit dem GVWG (→ Rn. 1) werden mWz 1.1.2026 Abs. 6 und Abs. 9 S. 2 entfallen (vgl. hierzu BT-Drs. 19/30550 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], 86 f. und BT-Drs. 19/30560 [Bericht des Ausschusses für Gesundheit], 60).

§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung

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

(2) ¹Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften ein Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) eingerichtet worden ist, entsenden die Landesverbände der Pflege-

kassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften Vertreter in diesen Ausschuss und wirken an der Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. ²Soweit erforderlich, ist eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches herbeizuführen.

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

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Landespflegeausschüsse (Abs. 1)	3
IV. Sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse (Abs. 2)	4
V. Regionale Ausschüsse (Abs. 3)	5
VI. Pflegestrukturplanung (Abs. 4)	6
VII. Einbeziehung der Empfehlungen in Versorgungs-, Rahmen und Vergütungsverträge (Abs. 5)	7

I. Geltende Fassung

Unter der Überschrift „Landespflegeausschüsse“ wurde die Vorschrift als § 92 ¹ mWv 1.1.1995 durch das PflegeVG v. 26.5.1994 (BGBl. I 1014, Berichtigung v. 23.9.1994, BGBl. I 2797; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 505/93, BT-Drs. 12/5617, BT-Drs. 12/5920 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/5952 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/6424 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss], BT-Drs. 12/6491 [Unterrichtung Bundesregierung], BR-Drs. 946/93 [Unterrichtung Bundesregierung] und BT-Drs. 12/7323 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss]) eingeführt und

mWv 1.7.2008 durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz v. 28.5.2008 (BGBl. I 874; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 718/07, BT-Drs. 16/7439, BT-Drs. 16/8525 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) geändert (vgl. BT-Drs. 16/8525, 55 f., 101). Durch das PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde mWv 1.1.2016 § 92 aufgehoben und dessen Inhalt aus systematischen Gründen in den neuen § 8a „verschoben“ (vgl. BT-Drs. 18/5926, 88, zu Nr. 8; BT-Drs. 18/5926, 95, zu Nr. 25). Mit dem PSG III v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191; Bekanntmachung v. 9.1.2018, BGBl. I 126; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 410/16, BT-Drs. 18/9518, BT-Drs. 18/10510 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde mWv 1.1.2017 der bisherige Wortlaut zu Abs. 1, und es wurden die Abs. 2–5 neu angefügt.

II. Normzweck

- 2 Abs. 1 regelt – wie zuvor § 92 – die Zusammenarbeit zwischen Ländern, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in **Landespflegeausschüssen** als beratende Gremien, die für die vielfältigen Probleme, die mit der Einführung der Pflegeversicherung verbunden sind, auf Landesebene Lösungen vorbereiten sollen (vgl. zur ursprünglichen Fassung BT-Drs. 12/5262, 149; zur Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Landesregierungen vgl. BT-Drs. 18/8525, 101). Die durch das PSG III eingeführten Abs. 2–5 zu **sektorenübergreifenden bzw. regionalen Ausschüssen** bezwecken eine Verbesserung der Zusammenarbeit und zielen auf die Verzahnung der pflegerischen und medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen ab (vgl. BT-Drs. 18/9518, 62 ff.).

III. Landespflegeausschüsse (Abs. 1)

- 3 Abs. 1 S. 1 verpflichtet die **Länder** zur Bildung von Landespflegeausschüssen, wobei die Bildung mehrerer Ausschüsse für Teile eines Landes auch möglich ist. Den Landespflegeausschüssen obliegt allgemein die Aufgabe der Beratung über Fragen der Pflegeversicherung. Nach S. 2 können **Empfehlungen** des Ausschusses zur Umsetzung der Pflegeversicherung nur **einvernehmlich** abgegeben werden, obgleich diese **keinen verbindlichen Charakter** haben. Trotz der fehlenden Verbindlichkeit der Beschlüsse der Landespflegeausschüsse (sowie der sektorenübergreifenden und regionalen Ausschüsse nach den Abs. 2 und 3) sollen nach dem gesetzgeberischen Willen die in den Ausschüssen vertretenen Akteure verpflichtet sein, den jeweiligen Ausschüssen über eine Berücksichtigung und praktische Anwendung dieser Empfehlungen in ihrem eigenen Aufgabenfeld zu berichten. Insofern erhalten die Ausschüsse Kenntnis darüber, ob Empfehlungen berücksichtigt wurden, in welcher Weise sie berücksichtigt wurden und mit welchem Ergebnis (vgl. BT-Drs. 18/9518, 65). S. 3 ermächtigt die Landesregierungen, das Nähere zu den Landespflegeausschüssen durch **Rechtsverordnung** zu bestimmen, wobei die Landesregierungen die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen können. Da die früheren gesetzlichen Vorgaben zur Zusammensetzung der Ausschüsse unter Einbeziehung von Vertretern der Pflegeeinrichtungen, der Pflegekassen, des MD, der Sozialhilfe, der privaten Krankenversicherung oder der kommunalen Spitzenverbände weggefallen sind, haben die Landesregierungen im Vergleich zur früheren Rechtslage größere Gestaltungsmöglichkeiten. Gleichwohl wird man die Wendung „können“ eher im Sinne „sollen“ verstehen müssen, um eine ausgewogene Beteiligung der Akteure in den Ausschüssen zu gewährleisten.

IV. Sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse (Abs. 2)

Für den Fall, dass durch Landesrecht ein Ausschuss über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung Pflegebedürftiger (**„sektorenübergreifender Landespflegeausschuss“**) eingerichtet worden ist, regelt Abs. 2 S. 1, dass in einen solchen Ausschuss die Landesverbände der Pflegekassen und Krankenkassen, die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausesellschaften **Vertreter zu entsenden** und an der **Abgabe gemeinsamer Empfehlungen** mitzuwirken haben. Der Ausschuss soll Fragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ua in der pflegerischen und medizinischen Versorgung beraten und insbesondere Schnittstellenprobleme lösen. Dabei wird ein weites Verständnis der pflegerischen Versorgung zugrunde gelegt. Dies umfasst auch die Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, Strukturen vor Ort, wie zB die örtliche Altenhilfe und die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, so dass eine bessere Verzahnung im Sinne der Pflegebedürftigen erreicht werden kann. Ziel der Regelung ist die Einbindung der Verbände der Kostenträger und Leistungserbringer in die Arbeit eines solchen Ausschusses. Die Entscheidung über die Einrichtung und Ausgestaltung liegt in der Hand der Länder. Gründe für die Einrichtung eines entsprechenden Ausschusses durch landesrechtliche Vorschriften können sein, dass die spezifischen praktischen Erfahrungen der Leistungsträger und der Leistungserbringer sowie weiterer Beteiligter, zB Rehabilitationsträger, Berufsverbände oder Einrichtungen der Selbsthilfe, unmittelbar genutzt werden sollen, um sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe zu erkennen und Versorgungsangebote besser zu verzahnen. Die sektorenübergreifenden Erfahrungen der Beteiligten und deren gemeinsame Empfehlungen können die Situation der Pflegebedürftigen über die Grenzen unterschiedlicher Versorgungsstrukturen hinaus verbessern. Der sektorenübergreifende Landespflegeausschuss befasst sich mit der sektorenübergreifenden Versorgung des spezifischen Personenkreises der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen. Hierzu zählen Fragen der pflegerischen und medizinischen Versorgung aber auch Alltagsleistungen, die besser verzahnt werden sollen. Damit hat er einen anderen Auftrag als das **Gremium nach § 90a SGB V**, das sektorenübergreifende Fragen im medizinischen Bereich berät und hierzu Empfehlungen ausspricht. Es obliegt dem Landesrecht, den sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss mit dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V zusammenzuführen oder lediglich den Austausch zu übergreifenden Fragen sicherzustellen. Für den Fall, dass keine Zusammenführung der beiden Gremien erfolgt, verpflichtet Abs. 2 S. 2 zu einer Abstimmung über Fragestellungen, die beide Gremien betreffen. Ebenso steht es den Ländern frei, das Gremium an den Landespflegeausschuss anzugliedern oder nicht. Zweck des sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses ist es, durch den unmittelbaren Austausch über Versorgungsfragen die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Zu den sektorenübergreifenden Versorgungsfragen, die in diesem Ausschuss beraten werden, können beispielsweise gehören: Fragen zum Überleitungsmanagement ua vom Krankenhaus in die ambulante oder stationäre Pflege, zu integrierten Versorgungsverträgen, zur ärztlichen Versorgung insbesondere in Pflegeeinrichtungen, zur geriatrischen Rehabilitation, zur Hilfsmittelversorgung, zu Pflegestützpunkten nach § 7c, zur Qualitätssicherung, zum Qualitätsmanagement und zum Datenaustausch. Durch entsprechende landesrechtliche Regelungen können regionale Versorgungsbedarfe berücksichtigt und etwa Vertreter der Kommunen, Interessenvertretungen oder Berufsverbänden in das Gremium berufen werden. Die nähere Ausgestaltung und Besetzung einschließlich von Kostenerstattungsregelungen des sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses bestimmt sich nach Landesrecht. § 52 Abs. 2 und § 211 Abs. 4 SGB V finden Anwendung. Die Beschlüsse der sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse haben zwar keine **unmittelbare Ver-**

bindlichkeit, stellen jedoch wichtige Empfehlungen zur Unterstützung insbesondere der Sozialversicherungsträger dar. Sie können diesen bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben helfen (vgl. dazu BT-Drs. 18/9518, 63).

V. Regionale Ausschüsse (Abs. 3)

- 5 Abs. 3 verpflichtet die Landesverbände der Pflegekassen, in **regionalen Pflegeausschüssen** mitzuarbeiten, soweit diese durch landesrechtliche Vorschriften eingerichtet wurden, insbesondere zur **Unterstützung der Planung, Sicherstellung und Weiterentwicklung der örtlichen pflegerischen Angebotsstruktur**. Die Landesverbände der Pflegekassen haben jeweils einen regionalen Vertreter zu bestimmen, der am besten geeignet erscheint, die Interessen aller Kassen zu vertreten. Ziel der Regelung ist die Einbindung der Landesverbände der Pflegekassen in die Arbeit der Ausschüsse. Die Entscheidung über die Einrichtung und Ausgestaltung liegt in der Hand der Länder. Gleichzeitig obliegt es ihnen, ihrerseits Regelungen zur Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte an der Planung, Entwicklung und Umsetzung der regionalen Versorgungsstrukturen zwecks deren Verbesserung vorzusehen. Regionale Pflegeausschüsse, an denen alle entscheidenden Akteure der Pflege vor Ort mitwirken, können geeignet sein, **regionale Unterschiede** besser zu berücksichtigen und **sozialraumorientierte Versorgungsstrukturen** durch eine engere Zusammenarbeit zu optimieren. Die Kreise und kreisfreien Städte verfügen durch ihre Rolle als Träger der Daseinsvorsorge und kommunalen Altenhilfe über die Nähe zu den sozialräumlichen Strukturen und die Kenntnis der (pflegerischen) Versorgungssituation vor Ort. Somit kommt den regionalen Pflegeausschüssen eine zentrale Bedeutung bei der Strukturentwicklung, Planung und Koordinierung zu, die sich ohne eine Mitarbeit der Landesverbände der Pflegekassen nicht realisieren ließe. Die in den regionalen Pflegeausschüssen gewonnenen Erkenntnisse im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Beteiligten können für die Beratung in den Landespflegeausschüssen nutzbar gemacht werden (vgl. dazu BT-Drs. 18/9518, 64).

VI. Pflegestrukturplanung (Abs. 4)

- 6 Nach Abs. 4 werden die in der Vorschrift genannten Akteure verpflichtet, an der Erstellung und Fortschreibung von **Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur („Pflegestrukturplanungsempfehlungen“)** mitzuwirken. Die Empfehlungen können sich beispielsweise auf **Über-, Unter- oder Fehlversorgung** beziehen. Die nähere Ausgestaltung ist gem. S. 1 durch Landesrecht zu regeln („nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften“). Die Länder können in eigener Zuständigkeit die Regionen bestimmen, auf die sich die Pflegestrukturplanung beziehen soll. Auch inhaltlich steht es ihnen frei, in ihren Regelungen über die in § 9 S. 1 beschriebene Versorgungsstruktur – bestehend aus ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen – hinauszugehen, zB durch die Einbeziehung weiterer pflegebezogener Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege (vgl. BT-Drs. 18/9518, 64). Abs. 4 steht somit im Zusammenhang mit § 8 Abs. 1 (Pflegestrukturplanung als Teil der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung) und § 8 Abs. 2 (Zusammenarbeit der Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen). Die Mitglieder der Ausschüsse sind insbesondere zur Bereitstellung erforderlicher Angaben unter Beachtung des Datenschutzes (S. 2) und zur Berichterstattung in den jeweiligen Ausschüssen (S. 3) verpflichtet.

VII. Einbeziehung der Empfehlungen in Versorgungs-,
Rahmen und Vergütungsverträge (Abs. 5)

Abs. 5 ist an die Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel (Beziehungen der
Pflegkassen zu den Leistungserbringern, §§ 69 ff.) und nach dem Achten Kapitel
(Pflegvergütung, §§ 82 ff.) adressiert. Diese „sollen“ die Empfehlungen der Aus-
schüsse nach den Abs. 1–3 zur Weiterentwicklung der Versorgung beim **Abschluss
der Versorgungs-, Rahmen- und Vergütungsverträge einbeziehen**. In der
Begr. zum PSG III wird die Ausgestaltung der Regelung als Soll-Vorschrift dahinge-
hend konkretisiert, dass die Einbeziehung „in der Regel“ zu erfolgen hat, etwa
bei Analysen der Über- und Unterversorgung zur Sicherstellung der pflegerischen
Infrastruktur (BT-Drs. 18/9518, 65). Von einer Einbeziehung dürfen die Vertrags-
parteien daher nur in atypischen Ausnahmefällen absehen.

§ 9 Aufgaben der Länder

¹Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähi-
gen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Ver-
sorgungsstruktur. ²Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflege-
einrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt; durch Landesrecht kann
auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht
vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebe-
dürftigen orientierte finanzielle Unterstützung
1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrich-
tungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen
oder
2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen
Investitionsaufwendungen
als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt. ³Zur finanziellen Förderung
der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen einge-
setzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der
Pflegeversicherung entstehen.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Allgemeines	3
IV. Verantwortung der Länder für die pflegerische Versorgungsstruktur (S. 1)	4
V. Nähere Ausgestaltung der Förderung (S. 2)	5
VI. Finanzielle Beteiligung der Sozialhilfeträger (S. 3)	6
VII. Landesgesetze zur Ausführung der Pflegeversicherung	7

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG v. 26.5.1994 (BGBl. I 1
1014, Berichtigung v. 23.9.1994, BGBl. I 2797; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 505/
93, BT-Drs. 12/5617, BT-Drs. 12/5920 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit
und Sozialordnung], BT-Drs. 12/5952 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialord-
nung], BT-Drs. 12/6424 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss], BT-
Drs. 12/6491 [Unterrichtung Bundesregierung], BR-Drs. 946/93 [Unterrichtung

Bundesregierung] und BT-Drs. 12/7323 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss]) eingeführt und im Gesetzgebungsverfahren mehrfach geändert worden. Der RegE enthielt in § 9 Abs. 1 RegE Regelungen über die Aufgaben der Länder und in § 9 Abs. 2 RegE über die Aufgaben des Bundes (BT-Drs. 12/5262, 12, 92). Die Vorschrift wurde geteilt. Aus Abs. 2 wurde § 10 Abs. 1–3, der durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz v. 28.5.2008 (BGBl. I 874; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 718/07, BT-Drs. 16/7439, BT-Drs. 16/8525 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) gestrichen worden ist. S. 1 und 2 sind im ersten (BT-Drs. 12/6424, 2), S. 3 im zweiten Vermittlungsverfahren (BT-Drs. 12/7323, 2) entstanden. § 9 S. 2 Hs. 2 ist mWv 1.7.2008 auf Veranlassung des BR durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführt worden; vgl. zur Begr. BT-Drs. 16/7439, 50 und BR-Drs. 718/07 (Beschluss), 7.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift legt fest, dass die Länder für die **Vorhaltung einer leistungsstarken, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur** verantwortlich sind. Dies ergibt sich bereits aus der originären Gesetzgebungskompetenz der Länder für Angelegenheiten der Daseinsvorsorge auf dem Gebiet der Pflege aus Art. 30 und Art. 70 Abs. 1 GG (BSG 26.1.2006 – B 3 P 6/04 R, BSGE 96, 28 (35) = SozR 4–3300 § 9 Nr. 2 = BeckRS 2006, 42013). Die nähere **Ausgestaltung** wird dem **Landesrecht** überlassen. Die Länder sollen die durch die Einführung der Pflegeversicherung bei der Sozialhilfe eingesparten Finanzmittel zur Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen einsetzen (S. 3). Eine **verbindliche Festlegung des Umfangs der Investitionsförderung** ist jedoch unterblieben. Der durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingefügte S. 2 Hs. 2 bestimmt, dass die Förderung der Investitionskosten entweder durch finanzielle Leistungen an den Pflegebedürftigen (Nr. 1 „**Subjektförderung**“) oder durch direkte Zahlungen an die Pflegeeinrichtung (Nr. 2 „**Objektförderung**“) als Leistung der Länder zur Förderung der Pflegeeinrichtung gilt. Den Ländern ist also ein **Wahlrecht zwischen beiden Förderungsalternativen** eingeräumt worden. Die Regelung hat Rückwirkung auf die Höhe der **betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 3**, welche dem Pflegebedürftigen und ggf. dem Sozialhilfeträger von der Pflegeeinrichtung in Rechnung gestellt werden dürfen, wenn die Einrichtung keine oder nur eine anteilige öffentliche Förderung erhalten hat (BSG 6.9.2007 – B 3 P 3/07 R, SozR 4–3300 § 82 Nr. 4 = BeckRS 2009, 63678; BVerfG 17.10.2007 – 2 BvR 1095/05, SozR 4–3300 § 9 Nr. 3 = BeckRS 2007, 28253; vgl. zur gesonderten Berechnung der betriebsnotwendigen Aufwendungen gegenüber Bewohnern einer Pflegeeinrichtung BSG 10.3.2011 – B 3 P 3/10 R, SozR 4–3300 § 82 Nr. 5 = BeckRS 2011, 73681).

III. Allgemeines

- 3 Die Entstehungsgeschichte des § 9 verdeutlicht den **Interessengegensatz zwischen Bund und Ländern** bei der Festlegung von Grundsätzen über die öffentliche Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen. Der RegE zum PflegeVG war noch von einer einheitlichen (monistischen) Finanzierung durch die Pflegekassen ausgegangen, wobei die Länder Zuschüsse zur Investitionsförderung an die Pflegekassen zahlen sollten. Die Länder haben jedoch im Vermittlungsverfahren eine zweigeteilte (duale) Finanzierung durchgesetzt: Die Pflegekassen übernehmen allein die **Pflegevergütung**, in deren Bemessung **grundsätzlich keine investiven Kosten** einfließen dürfen (vgl. § 82 Abs. 2); die Länder sind für die Zahlung von Investi-

tionskostenzuschüssen zuständig, deren Höhe jedoch im Ermessen der Länder steht und in den jeweiligen Landespflegegesetzen festgelegt wird (vgl. im Einzelnen → § 82 Rn. 1 ff.); vgl. die Übersicht über die Landespflegegesetze → Rn. 7. Soweit **betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen** nicht durch öffentliche Förderung gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung den Pflegebedürftigen direkt in Anspruch nehmen (vgl. § 82 Abs. 3). Das SGB XI enthält allerdings **keine genaue Definition der zu fördernden Investitionen**. Der Gesetzgeber ist in § 9 und § 82 offensichtlich vom Investitionsbegriff des § 2 Nr. 2 KHG ausgegangen (vgl. LPK-SGB XI/Höfer Rn. 10). § 82 unterscheidet vor allem zwischen betriebsnotwendigen Aufwendungen (§ 82 Abs. 2 Nr. 1) und Aufwendungen für die Nutzung von Grundstücken, Gebäuden und sonstigen Anlagegütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 3). Legt man die Systematik des KHG zugrunde (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG), so gehören die Aufwendungen für den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken (§ 82 Abs. 2 Nr. 2) nicht zu den Investitionskosten, sondern zu den Fördermitteln (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG). Zur **Abgrenzung der als Investitionen anzusehenden Anlagegüter** von den **Verbrauchsgütern** sollte – wie im Krankenhausbereich – eine AbgrenzungsVO erlassen werden (vgl. § 83 Abs. 1 Nr. 5), die jedoch über ein Entwurfsstadium (vgl. BR-Drs. 289/95) nicht hinausgekommen ist.

IV. Verantwortung der Länder für die pflegerische Versorgungsstruktur (S. 1)

§ 9 S. 1 überträgt den Ländern die **Verantwortung für die pflegerische Versorgungsstruktur**. Die pflegerische Versorgungsstruktur besteht aus ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) und stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), die sämtlich in die Investitionsförderung der Länder einzubeziehen sind. Nach dem **sog. dualen Finanzierungsmodell** (vgl. BVerfG 17.10.2007 – 2 BvR 1095/05, SozR 4–3300 § 9 Nr. 3 Rn. 4 mwN = BeckRS 2007, 28253) wird nur die Pflegevergütung, welche die allgemeinen Pflegeleistungen, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung umfasst, von den Trägern der Einrichtungen mit den Pflegekassen bzw. Sozialhilfeträgern vereinbart und getragen. Die Betriebs- und Investitionsaufwendungen für die pflegerische Versorgungsstruktur sind dagegen grundsätzlich von den Ländern zumindest teilweise zu übernehmen. Bei der **Planung und Förderung der Errichtung von Pflegeeinrichtungen** sind die Grundsätze der Leistungsfähigkeit, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten. Die Planungshoheit der Länder für Pflegeeinrichtungen und der Form ihrer Förderung birgt die Gefahr, dass die **Pflicht zur Investitionsförderung** bedarfsorientiert eingesetzt wird, was mit dem Leitbild des SGB XI von einem freien, den Regeln des Wettbewerbs unterworfenen Pflegemarkt, wie es insbesondere in § 72 zum Ausdruck kommt, nicht zu vereinbaren ist (vgl. LPK-SGB XI/Höfer Rn. 9). **Wettbewerbsneutral** und damit mit den Vorgaben des SGB XI vereinbar dürfte bei knappen Finanzierungsmitteln nur eine **objektbezogene Förderung**, dh die Förderung der Einrichtung ohne konkrete Anknüpfung an die Person des Pflegebedürftigen sein (vgl. hierzu den Disput zwischen Ludwig und Gitschmann SGB 1997, 623 (625); SGB 1998, 640). Diese Form der Förderung berücksichtigt zugleich, dass die Fördermaßnahmen allen Pflegebedürftigen unabhängig von deren sozialer Lage zukommen sollen (Dalichau Rn. 34 ff.).

V. Nähere Ausgestaltung der Förderung (S. 2)

Nach **S. 2 Hs. 1** ist die nähere Ausgestaltung der Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen in jedem Land durch (**formelles**) **Landesgesetz** zu

regeln. § 9 wird ergänzt durch die Regelung zur Finanzierung der Pflegeeinrichtungen in § 82, in der vorgesehen ist, dass **Heimträger den Pflegebedürftigen Investitionskosten auferlegen** können (§ 82 Abs. 2, 3 und 4), soweit eine Investitionsförderung durch die Länder nicht stattfindet. Auch insofern erfolgt die nähere Konkretisierung durch Landesrecht (§ 82 Abs. 3 S. 3 Hs. 2). Die anteilige Finanzierung der betriebsnotwendigen Investitionen einer Pflegeeinrichtung ist subsidiär auf die Heimbewohner oder ggf. den Sozialhilfeträger verlagert worden, soweit **öffentliche Mittel zur Finanzierung der Pflegeinfrastruktur** nicht ausreichend zur Verfügung gestellt werden (BSGE 99, 57 ff. = SozR 4-3300 § 82 Nr. 4 = BeckRS 2009, 63678). Ein Rechtsanspruch der Einrichtungen auf die Landesförderung besteht – anders als im Krankenhausbereich – nicht (BSG 6.9.2007 – B 3 P 3/07 R, SozR 4-3300 § 82 Nr. 4 = BeckRS 2009, 63678). Die Länder haben **Ausführungsgesetze zum PflegeVG** zu erlassen. Eine Verordnung genügt mangels einschlägiger Verordnungsermächtigung nicht; zu den Landesgesetzen vgl. → Rn. 7. Der mWv 1.7.2008 eingefügte **S. 2 Hs. 2** steht im Zusammenhang mit der Regelung des § 82 Abs. 3, der vorsieht, dass nach Zustimmung der zuständigen Landesbehörde den Pflegebedürftigen Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtung nur gesondert berechnet werden dürfen, wenn eine öffentliche Förderung gem. § 9 gegeben ist. Bei **Fehlen einer öffentlichen (Landes-)Förderung** bedarf es keiner Zustimmung der zuständigen Landesbehörde (§ 82 Abs. 4). Bis zu der gesetzlichen Neuregelung galt das an den pflegebedürftigen Heimbewohner geleistete **Pflegewohngeld (Subjektförderung)** nicht als öffentliche Förderung iSd § 82 Abs. 3 und 4 (BSG 24.7.2003 – B 3 P 1/03 R, BSGE 91, 182 (184) = SozR 4-3300 § 82 Nr. 1 = BeckRS 2003, 41869). Nunmehr ist vorgesehen, dass neben der **bisherigen Objektförderung**, die eine auf den Heimplatz bezogene Förderung der Pflegeeinrichtung beinhaltet, auch eine **Subjektförderung** als öffentliche Förderung gilt. Da es im Ermessen der Länder liegt, zu bestimmen, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung als Förderung der Pflegeeinrichtung gilt, bestehen **erhebliche Gestaltungsspielräume der Länder**.

VI. Finanzielle Beteiligung der Sozialhilfeträger (S. 3)

- 6 S. 3 enthält eine **weitgehend unverbindliche Verpflichtung der Länder**, die bei den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung eingesparten Mittel zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen einzusetzen.

VII. Landesgesetze zur Ausführung der Pflegeversicherung

- 7 Im Einzelnen existieren folgende Ländergesetze (vgl. auch die Darstellung der Rspr. zu den verschiedenen Landesgesetzen bei Dalichau Rn. 69 ff.):
- Baden-Württemberg: Gesetz zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg (Landespflegegesetz – LpflG) vom 11.9.1995 (BWGBl. 1995, 665), zuletzt geändert durch Art. 3 Gesetz vom 13.6.2023 (BWGBl. S. 171, 186).
 - Bayern: Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (BayAGSG) vom 8.12.2006 (BayGVBl. 2006, 942), zuletzt geändert durch § 2 Gesetz vom 24.7.2023 (BayGVBl. 2023, 443).
 - Berlin: Gesetz zur Planung und Finanzierung von Pflegeeinrichtungen (Landespflegeeinrichtungsgesetz – LpflEG) vom 19.7.2002 (BlnGVBl. 2002, 199), geändert durch Gesetz vom 2.2.2018 (BlnGVBl. 2018, 160).

- Brandenburg: Gesetz zur Umsetzung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Landespflegegesetz – LPflegeG vom 29.6.2004 (BbgGVBl. 2004 I 339), zuletzt geändert durch Art. 3 Gesetz vom 18.12.2020 (BbgGVBl. 2020 I 20).
- Bremen: Bremisches Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz (BremAGPflegeVG) vom 26.3.1996 (GBI. 1996, 85), zuletzt geändert durch Gesetz vom 8.6.2021 (BremGBI. 2021, 512).
- Hamburg: Hamburgisches Landespflegegesetz (HmbLPG) vom 18.9.2007 (HmbGVBl. 2007, 296), geändert durch Gesetz vom 22.6.2010 (HmbGVBl. 2010, 440).
- Hessen: Hessisches Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz vom 19.12.1994 (HessGVBl. 1994, 794), geändert durch Art. 7 des Gesetzes vom 12.12.2022 (HessGVBl. 2022, 750); VO über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen, Seniorenbegegnungsstätten, Altenpflegeschulen und Modellprojekten vom 7.12.2012 (HessGVBl. 2012, 567), zuletzt geändert durch VO vom 12.9.2013 (HessGVBl. 2013 550).
- Mecklenburg-Vorpommern: Landespflegegesetz (LPflegeG M-V) vom 16.12.2003 (GVOBl. M-V 2003, 675), zuletzt geändert durch Art. 8 des Gesetzes vom 9.4.2020 (GVOBl. M-V 2020, 166).
- Niedersachsen: Gesetz zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Niedersächsisches Pflegegesetz – NPPflegeG) vom 26.5.2004 (Nds. GVBl. 2004, 157), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16.12.2021 (Nds. GVBl. 2021, 917).
- Nordrhein-Westfalen: Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen – APG NRW) vom 2.10.2014 (NRWGVBl. 2014, 625), geändert durch Art. 9 Gesetz vom 30.6.2020 (GV. NRW 2020, 650).
- Rheinland-Pfalz: Landesgesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 28.3.1995 (NRWGVBl. 1995, 55), zuletzt geändert durch Art. 9 Gesetz vom 30.6.2020 (GV. NRW 2020, 650).
- Saarland: Gesetz Nr. 1694 zur Planung und Förderung von Angeboten für hilfe-, betreuungs- oder pflegebedürftige Menschen im Saarland (Saarländisches Pflegegesetz) vom 1.7.2009 (SaarlABl. 2009, 1217); zuletzt geändert durch Art. 131 Gesetz vom 8.12.2021 (SaarlABl. 2021, 2629).
- Sachsen: Sächsisches Pflegegesetz (SächsPflegeG) vom 25.3.1996 (SächsGVBl. 1996, 106) zuletzt geändert durch Art. 16 Gesetz vom 28.6.2001 (SächsGVBl. 2001, 426).
- Sachsen-Anhalt: Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeV-AG) vom 7.8.1996 (GVBl. LSA 1996, 254), geändert durch Gesetz vom 10.8.2007 (GVBl. LSA 2007, 306).
- Schleswig-Holstein: Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz (Landespflegegesetz – LPflegeG) vom 10.2.1996 (SchlHGVBl. 1996, 227), zuletzt geändert durch Art. 21 LVO vom 16.1.2019 (SchlHGVBl. 2019, 30).
- Thüringen: Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes (ThürAGPflegeVG) vom 20.7.2005 (ThürGVBl. 2005, 293), zuletzt geändert durch Art. 1 Zweites ÄndG vom 8.6.2010 (ThürGVBl. 2010, 206).

§ 10 Berichtspflichten des Bundes und der Länder

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Berichtspflicht des Bundes (Abs. 1)	3
IV. Berichtspflicht der Länder (Abs. 2)	6

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde mWv 1.7.2008 durch Art. 1 Nr. 7 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes v. 28.5.2008 (BGBl. I 874; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 718/07, BT-Drs. 16/7439, BT-Drs. 16/8525 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) neu gefasst; gleichzeitig wurden die vormalig in § 10 enthaltenen Regelungen zum Bundespflegeausschuss als Aufgabe des Bundes komplett gestrichen; zur Begr. vgl. BT-Drs. 16/7439, 50. Durch Art. 6 Nr. 1a PrävG v. 17.7.2015 (BGBl. I 1368, Berichtigung v. 19.10.2015, BGBl. I 1781; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 640/14, BT-Drs. 18/4282, BT-Drs. 18/5261 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde mWv 25.7.2015 die Angabe „ab 2011“ durch „ab 2016“ ersetzt. Durch Art. 1 Nr. 5 PSG III v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191; Bekanntmachung v. 9.1.2018, BGBl. I 126; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 410/16, BT-Drs. 18/9518, BT-Drs. 18/10510 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden die Überschrift geändert, Abs. 1 redaktionell angepasst und Abs. 2 angefügt. Mit dem COVID-19-KrankenhausentlastungsG v. 27.3.2020 (BGBl. I 580; Gesetzesmaterialien: BT-Drs. 19/18112 [Gesetzesentwurf Fraktion der CDU/CSU, Fraktion der SPD], BT-Drs. 19/18151 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 19/18163 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden den Abs. 1 und Abs. 2 mWz 28.3.2020 jeweils ein neuer Satz 2 hinzugefügt, mit dem der Bericht für 2019 auf 2020 bzw. 2021 verschoben wurde. Diese Änderung galt jedoch nur bis zum 30.6.2023. Denn mit dem PUEG v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurden eben jene Sätze mWz 1.7.2023 wieder aufgehoben. Zu den Gesetzesmaterialien des PUEG vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzesentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier v.a. BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BRReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BRReg).

II. Normzweck

- 2 Durch eine **regelmäßige Berichtspflicht der Bundesregierung** nach Abs. 1 über die Entwicklung und den Stand der pflegerischen Versorgung sollen die **Erfah-**

rungen mit Neuregelungen der Pflegeversicherung sowie **tatsächliche Entwicklungen im Bereich Pflegebedürftigkeit und pflegerischen Versorgung** erfasst werden (vgl. BT-Drs. 16/7439, 50). Bis zum 30.6.2008 regelte die Vorschrift in § 10 SGB XI aF die Bildung eines Bundespflegeausschusses, der mit der Neufassung der Vorschrift wegen der allgemeinen Zielsetzung, den Verwaltungsaufwand zu minimieren, abgeschafft wurde (vgl. BT-Drs. 16/7439, 50). Die durch das PSG III begründete **Berichtspflicht der Länder** nach Abs. 2 ist dem Umstand geschuldet, dass die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich sind. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen gem. § 9 S. 3 Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung entstehen. Die Entlastungswirkung der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe ist bis heute spürbar. Wenn die Länder die Investitionen von Pflegeeinrichtungen fördern, reduzieren sie damit den von den Pflegebedürftigen nach § 82 Abs. 3 zu zahlenden Anteil an den betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen; auch dies trägt deutlich zur Entlastung der Pflegebedürftigen sowie der Sozialhilfeträger bei. Es gab jedoch bis zur Einfügung des Abs. 2 keine regelmäßige, systematische und vollständige Übersicht über die Investitionskostenförderung durch die Länder, die darstellt, in welchem Umfang die Vorschrift des § 9 umgesetzt wird. Dem sollte mit der Neuregelung abgeholfen werden. Hierzu führt die Gesetzesbegründung weiter aus: Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hat gezeigt, dass Kommunen und Ländern eine größere Bedeutung für die pflegerische Versorgung zukommt, so dass eine jährliche Information darüber notwendig ist, in welchem Rahmen einzelne Länder eine Förderung der Pflegeeinrichtungen für erforderlich halten und mit welchen finanziellen Auswirkungen auf den Investitionskostenanteil der Pflegebedürftigen diese Förderung im Ergebnis verbunden ist (BT-Drs. 18/9518, 65 zu Art. 1 Nr. 5 Buchst. c).

III. Berichtspflicht des Bundes (Abs. 1)

Im Unterschied zur bisherigen Regelung (vgl. § 10 Abs. 4 S. 2 aF) ist **berichts-** 3 **pflichtig** nicht mehr das BMG, sondern nunmehr die **Bundesregierung** zuständig. **Empfänger des Berichts** sind als gesetzgebende Körperschaften der **Bundestag** und der **Bundesrat**. Der **Berichtsturnus** wurde von drei auf vier Jahre erweitert. Durch die Neufassung der Vorschrift wurde der Termin für die Vorlage des nächsten Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung auf das Jahr 2011 verschoben. Die Verschiebung des nächsten Pflegeberichts hatte den Zweck, die ersten Erfahrungen mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zu berücksichtigen. Die Verlängerung des Berichtsturnus diente der Reduzierung gesetzlicher Berichtspflichten. Nachdem im Jahre 2008 der vierte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung veröffentlicht wurde (BT-Drs. 16/7772), erschien im Jahre 2011 der fünfte Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Er gab einen Überblick und Detailinformationen über die Situation der Pflegeversicherung, insbesondere über die Zahl der Leistungsbezieher sowie die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflegeinfrastruktur und andere Bereiche der pflegerischen Versorgung und Betreuung in den Jahren 2007 bis 2010. Der nächste Pflegebericht wäre bis spätestens Ende des Jahres 2015 vorzulegen. Wegen der durch das PrävG vorgenommenen Änderung wurde der Termin zur Vorlage des sechsten Berichts um ein Jahr auf das Jahr 2016 verschoben. Mit dieser Verschiebung sollte erreicht werden, dass auch die Auswirkungen des PSG I, das am 1.1.2015 in Kraft getreten war, im ersten Jahr seiner Wirksamkeit angemessen erfasst und noch in den sechsten Bericht einfließen können und der Bericht somit eine aktuelle Bestandsaufnahme

der Pflegeversicherung unmittelbar vor Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II geben kann. Aufgrund der Vorschrift des § 10 wurden bisher **sechs Pflegeberichte** vorgelegt. Der 2016 vorgelegte sechste Bericht – wie auch die Vorberichte – ist auf der Internetseite des BMG (www.bundesgesundheitsministerium.de) abrufbar. Auch der sechste Bericht gibt einen umfassenden Überblick über die Situation der Pflegeversicherung, insbesondere über die Zahl der Leistungsbezieher sowie die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflegeinfrastruktur und andere Bereiche der pflegerischen Versorgung und Betreuung in den Jahren 2011 bis 2015. Der siebte Bericht sollte sodann im Jahre 2020 erscheinen.

- 4 Mit dem COVID-19-KrankenhausentlastungsG wurden die Abgabezeiträume der Berichte nach Abs. 1 und 2 durch Einfügung eines jeweils neuen S. 2 verschoben. Bei Abs. 1 hieß es: „Für den Berichtszeitraum bis einschließlich 2019 ist der Bericht erst im Jahr 2021 vorzulegen.“ Diese Änderung wurde dann mit dem PUEG mWz 1.7.2023 wieder aufgehoben.
- 5 Der Siebte Pflegebericht ist am 30.4.2021 erschienen und auf der Internetseite des BMG abrufbar: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datenteilen/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf

IV. Berichtspflicht der Länder (Abs. 2)

- 6 Die **Berichtspflicht der Länder** nach Abs. 2 ist mit dem PSG III ab 2017 eingeführt worden. **Berichtsempfänger** ist das **BMG**. Der **Berichtsturnus** ist **jährlich**, und zwar jeweils bis zum 30.6. Die Berichtspflicht umfasst neben Länderangaben über die jährlich verausgabten Mittel zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen auch nähere Informationen und Angaben zu den durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen, jeweils differenziert für den ambulanten, teil- und vollstationären Bereich bezogen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte. Diese Angaben dienen der Abschätzung der jährlichen Belastungen der Pflegebedürftigen. Den Ländern liegen dazu die aktuellen Informationen nach § 82 Abs. 3 bei geförderten Pflegeeinrichtungen und nach § 82 Abs. 4 bei nicht geförderten Pflegeeinrichtungen vor. Durch die jährliche Berichterstattung lassen sich die Auswirkungen der Investitionskostenförderung im Verlauf besser auswerten. Das BMG wird die Berichte **veröffentlichen** (BT-Drs. 18/9518, 65 zu Art. 1 Nr. 5 Buchst. c).
- 7 Mit dem COVID-19-KrankenhausentlastungsG wurden die Abgabezeiträume der Berichte nach Abs. 1 und 2 durch Einfügung eines jeweils neuen S. 2 verschoben. Bei Abs. 2 hieß es: „Die Berichterstattung zum Jahr 2019 erfolgt bis zum 31. Dezember 2020.“ Diese Änderung wurde dann mit dem PUEG mWz 1.7.2023 wieder aufgehoben.
- 8 Das BMG hat für das Berichtsjahr 2021 das IGES-Institut beauftragt, die Ergebnisse der Erhebung bei den Ländern sowie die Daten des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) auszuwerten. Der hieraus folgende Bericht ist auf der Internetseite des BMG abrufbar: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Ergebnisbericht_Berichtsjahr_2021_barrierefrei.pdf

§ 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

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

(2) ¹Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbstständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. ²Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen. ³Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Aufgaben der Pflegeeinrichtungen (Abs. 1 S. 1)	3
IV. Leitbilder (Abs. 1 S. 2)	4
V. Trägervielfalt (Abs. 2 S. 1)	5
VI. Vorrang der freigemeinnützigen und privaten Träger (Abs. 2 S. 2) ..	6
VII. Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Abs. 3)	7

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG v. 26.5.1994 (BGBl. I 1014, Berichtigung v. 23.9.1994, BGBl. I 2797; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 505/93, BT-Drs. 12/5617, BT-Drs. 12/5920 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/5952 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/6424 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss], BT-Drs. 12/6491 [Unterrichtung Bundesregierung], BR-Drs. 946/93 [Unterrichtung Bundesregierung] und BT-Drs. 12/7323 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss]) eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 10 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 92 f. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurde in Abs. 1 S. 2 der Begriff „aktivierend“ hinzugefügt; außerdem wurde in Abs. 2 S. 3 angefügt (BT-Drs. 12/5920, 20 f.); zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 34 f. Durch Art. 2 Nr. 2 des Gesetzes zur Neuregelung der zivilrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes nach der Föderalismusreform v. 29.7.2009 (BGBl. I 2319; Gesetzesmaterialien: BT-Drs. 16/12409 [Gesetzentwurf Fraktion der CDU/CSU, Fraktion der SPD], BT-Drs. 16/13209 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend]) wurde das Wort „Heimgesetzes“ mWv 1.10.2009 durch die Wörter „Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes“ ersetzt (BGBl. I 2319 (2324)); zur Begr. vgl. BT-Drs. 16/12409, 30.

II. Normzweck

Die Vorschrift beschreibt in allgemeiner Form **Pflichten** (Abs. 1) und **Rechte** (Abs. 2) **der Pflegeeinrichtungen**. Die Definition der Pflegeeinrichtung findet sich in § 71. Abs. 1 legt in qualitativer Hinsicht den von den Pflegeeinrichtungen einzuhaltenden Standard fest. Abs. 2 stellt klar, dass die Pflegeversicherung die **traditionelle Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen** respektiert. Der **Grundsatz der Trägervielfalt** findet sich auch in den Bereichen der GKV (§§ 2 Abs. 3 S. 1, 109 Abs. 2 S. 2, 132 Abs. 2 S. 2 SGB V) sowie im Sozialhilfe- und Jugendhilfe-recht (§ 5 Abs. 2 SGB XII, § 4 Abs. 1 S. 2 SGB VIII).

III. Aufgaben der Pflegeeinrichtungen (Abs. 1 S. 1)

- 3 Abs. 1 S. 1 verpflichtet die Pflegeeinrichtungen, Pflege, Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen am jeweiligen Stand der **medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse** auszurichten. Der **Mindeststandard** ist damit **dynamisch festgelegt**: die Pflegeeinrichtungen müssen den jeweils aktuellen Pflegestandard beachten, der dem wissenschaftlichen Fortschritt unterliegt und ist daher fortlaufend zu überprüfen, anzupassen und im Wege von Fort- und Weiterbildungen zu implementieren ist. Der Vorschrift entspricht in der **GKV § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V**. Die Verpflichtung auf den aktuellen Standard medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse wird im **Leistungsrecht** in § 28 Abs. 3 und – bezogen auf die **Beziehungen der Pflegekasse zu den Leistungserbringern** – in § 69 S. 1 wiederholt und kann durch Rahmenverträge und Bundesempfehlungen nach § 75 konkretisiert werden. Die Begr. zum RegE weist ausdrücklich darauf hin, dass auch die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und der Beitragssatzstabilität ein Verharren auf überholten Pflegestandards nicht rechtfertigen können (BT-Drs. 12/5262, 92). Der mit dem PQSG mWv 1.1.2002 neu eingeführte § 115 Abs. 3 eröffnet die Möglichkeit, bei **nicht qualitätsgerechter Leistungserbringung** die Pflegevergütung der Betroffenen einer Pflegeeinrichtung entsprechend zu kürzen (BT-Drs. 14/5395, 43 f.), wobei der von dem Mangel betroffene Pflegebedürftige den Kürzungsbetrag bis zur Höhe seines Eigenanteils erhalten kann. Der von § 11 Abs. 1 S. 1 vorausgesetzte (**hohe**) **Qualitätsmaßstab** setzt eine entsprechende **personelle (fachliche) und sachliche Ausstattung der Pflegedienste** (sog. Strukturqualität) voraus (vgl. hierzu die Vorgaben des § 71). Daraus folgt zugleich, dass Diensten und Einrichtungen (bei wirtschaftlicher Betriebsführung) die Refinanzierung dieser Ausstattung durch die Vergütung möglich sein muss.

IV. Leitbilder (Abs. 1 S. 2)

- 4 Die Vorschrift legt die **wesentlichen Leitbilder** fest, an denen sich die Organisation und der Inhalt der Pflegeleistungen ausrichten sollen. Die Verpflichtung zur **Achtung der Menschenwürde** ergibt sich bereits aus Art. 1 Abs. 1 GG. Wichtig ist die **Verpflichtung zur humanen und aktivierenden Pflege**, die einen anerkannten Grundsatz professioneller Pflege darstellt und an mehreren Stellen des SGB XI vorausgesetzt und auch konkret erwähnt wird: Nach § 2 Abs. 1 sollen die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges 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. § 5 Abs. 6 ordnet an, dass die Leistungsträger im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ihre ergänzenden Leistungen im vollen Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken haben, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern. Gemäß § 6 Abs. 2 haben die Pflegebedürftigen nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Nach § 11 Abs. 2 SGB V haben Versicherte auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (S. 1). Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht (S. 2).

Auch außerhalb der Vorschriften des SGB XI wird die aktivierende Pflege als **generelle Pflicht** der Pflegeheime mehrfach angesprochen (ausführlich zum Begriff der „aktivierenden Pflege“ und zur Abgrenzung zum Begriff „aktivierende Maßnahmen“ gem. § 87a vgl. BSG 30.9.2015 – B 3 P 1/14 R, BSGE 120, 1 = NZS 2016, 66).

V. Trägervielfalt (Abs. 2 S. 1)

Abs. 2 S. 1 enthält eine wesentliche Vorgabe für das **Leistungserbringerrecht**, 5 das im Einzelnen im Siebten und Achten Kapitel (§§ 69–92) geregelt ist: die traditionell gewachsene **Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen** soll durch die Pflegeversicherung nicht beseitigt werden. Es bleibt beim Nebeneinander von freigemeinnützigen, kirchlichen, privaten und öffentlichen Trägern. Das in S. 1 enthaltene Gebot, bei der Durchführung der Pflegeversicherung die Trägervielfalt zu wahren und die Selbstständigkeit, das Selbstverständnis und die Unabhängigkeit der Träger zu achten, das in § 69 S. 3 wiederholt wird, kann beim Abschluss von Versorgungsverträgen (gem. § 72) von Bedeutung sein. Eine Freistellung von den nach den §§ 11 ff. zu beachtenden **Qualitätsanforderungen** oder vom **Wirtschaftlichkeitsgebot** (§ 29 Abs. 1 und § 72 Abs. 3) kann hiermit jedoch nicht begründet werden (BSG 6.8.1998 – B 3 P 8/97 R, BSGE 82, 252 (260) = SozR 3–3300 § 73 Nr. 1 = BeckRS 1998, 30021374). Allein die Berufung auf die Wahrung der Trägervielfalt kann daher regelmäßig auch keine höhere Pflegevergütung rechtfertigen. Bei der **Vergabe von Investitionsmitteln** durch die zuständigen Länderbehörden (nach § 9 iVm dem jeweiligen Landesausführungsgesetz) kann das in Abs. 2 S. 1 enthaltene Gebot dagegen eher Bedeutung erlangen. Nach den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes befand sich 2011 die Mehrzahl – von den insgesamt 12.349 zugelassenen ambulanten Pflegediensten – in privater Trägerschaft (7.772); der Anteil der freigemeinnützigen Träger war mit 4.406 deutlich niedriger. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen geringen Anteil (1,71 %). Von den 2011 nach dem SGB XI zugelassenen voll- bzw. teilstationären Pflegeheimen (insgesamt 12.354) befand sich die Mehrzahl (6.721) in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der Privaten lag mit 4.998 Einrichtungen niedriger. Öffentliche Träger hatten mit 635 Pflegeheimen den geringsten Anteil. Nach den **Erhebungen des Statistischen Bundesamtes** befand sich 2021 die Mehrzahl – von den insgesamt **15.376 zugelassenen ambulanten Pflegediensten** – in privater Trägerschaft (10.430); der Anteil der freigemeinnützigen Träger war mit 4.742 deutlich niedriger. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen geringen Anteil (204). Von den **2021 nach dem SGB XI zugelassenen voll- bzw. teilstationären Pflegeheimen** (insgesamt 16.115) befand sich die Mehrzahl (8.512) in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der Privaten lag mit 6.876 Einrichtungen niedriger. Öffentliche Träger hatten mit 727 Pflegeheimen den geringsten Anteil.

VI. Vorrang der freigemeinnützigen und privaten Träger (Abs. 2 S. 2)

Abs. 2 S. 2 verpflichtet die an der Durchführung der Pflegeversicherung beteiligten staatlichen Institutionen einschließlich der Pflegekassen zur Rücksichtnahme auf die **internen Vorgaben der Träger im pflegerischen und seelsorgerischen Bereich**. Erwähnt werden hier neben den kirchlichen auch die sonstigen Träger der freien Wohlfahrtspflege, nicht dagegen sonstige private und öffentliche Träger. Abs. 2 S. 3 begründet einen Vorrang der freigemeinnützigen und der privaten gegen-

über den öffentlichen Trägern (**Subsidiaritätsprinzip**). Eine vergleichbare Regelung findet sich für den **Krankenhausbereich** in § 1 Abs. 2 S. 2 KHG. Nach § 5 Abs. 4 SGB XII sollen die Träger der Sozialhilfe von der Durchführung eigener Maßnahmen absehen, wenn die Leistung im Einzelfall durch die freie Wohlfahrtspflege erbracht wird. Relativiert wird dieser **Grundsatz im Sozialhilferecht** allerdings dadurch, dass die Träger der Sozialhilfe zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialhilfe eigene Einrichtungen nicht mehr schaffen sollen, soweit geeignete Einrichtungen anderer Träger vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können (§ 75 Abs. 2 S. 1 SGB XII), ohne insofern einen Vorrang der Träger der freien Wohlfahrtspflege vorzusehen. Unklar ist das Verhältnis von § 11 Abs. 2 S. 3 zu § 72 Abs. 3 S. 2, der den Vorrang der freigemeinnützigen und der privaten Träger nur als Sollbestimmung vorsieht (vgl. Schuln NZS 1994, 434 (438)). Ob dem **Vorrang in der Praxis** erhebliche Bedeutung zukommen wird, erscheint zweifelhaft. Denn nach § 72 Abs. 3 hängt die **Zulassung** (im Gegensatz zum Krankenhausbereich, § 109 Abs. 3 SGB V) nicht von der **bedarfsgerechten Versorgung** ab. Den Landesverbänden der Pflegekassen sollte gerade die Möglichkeit eingeräumt werden, Pflegeeinrichtungen, die die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten, auch **über den aktuellen Versorgungsbedarf** hinaus zuzulassen (BT-Drs. 12/5262, 136; Quaa NZS 1995, 197 (200)).

VII. Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Abs. 3)

- 7 **Abs. 3** stellt klar, dass die **Schutzvorschriften des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes** (WBVG) vom 29.7.2009 (BGBl. I 2319) von den Bestimmungen des SGB XI nicht berührt werden. Im Zuge der **Föderalismusreform 2006** wurden die Kompetenzen zwischen Bund und Ländern mit Auswirkungen auf das Heimrecht neu geregelt: Die Länder erhielten die Gesetzgebungskompetenz hinsichtlich der das Ordnungsrecht betreffenden Regelungsbereiche des Heimrechts. Der Bund blieb weiterhin für das Heimvertragsrecht zuständig und hat die den vertraglichen Teil der heimrechtlichen Bestimmungen betreffenden Regelungen neu formuliert und das WBVG als ein **Verbraucherschutzgesetz** geschaffen, das einen weiteren Anwendungsbereich als das vormalige Bundes-Heimgesetz (HeimG) hat. Stellte das HeimG auf das klassische Pflegeheim ab und beschränkte die Anwendung durch die vordefinierte Wohnform einer stationären Pflege und Betreuung der Bewohnerschaft, stellt das WBVG auf die Verknüpfung von Wohnraumüberlassung und Pflege- oder Betreuungsleistungen ab. Diese Leistungen werden durch **Unternehmer** gegenüber volljährigen älteren, pflegebedürftigen oder behinderten **Verbrauchern** erbracht. Der Schutz des Gesetzes wird nicht primär durch die Wohnform ausgelöst, sondern durch die vertragliche Konstellation. Das WBVG stärkt die Rechte älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen, wenn sie Verträge abschließen, in denen die Überlassung von Wohnraum mit der Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen verknüpft ist. Sie haben Anspruch darauf, rechtzeitig vor Vertragsschluss von der Einrichtung über den **wesentlichen Inhalt des Leistungsangebots** in leicht verständlicher Sprache mündlich und schriftlich informiert zu werden. Ist dies nicht der Fall, können sie den Vertrag jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Außerdem ist ein sog. **Probewohnen** möglich. Innerhalb der ersten zwei Wochen können die Verbraucher jederzeit kündigen. Auch muss die Einrichtung **eine Anpassung des Vertrags** anbieten, wenn sich der Pflege- und/oder Betreuungsbedarf ändert. Obwohl nicht ausdrücklich erwähnt, gilt Abs. 3 entsprechend auch für die **Schutzvorschriften der 16 Ländergesetze**, die den ordnungsgerechten Teil des HeimG abgelöst haben, sowie für die heimrechtlichen Bestimmungen des **SGB VIII** (§§ 45 ff. SGB VIII).

§ 12 Aufgaben der Pflegekassen

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

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Sicherstellungsauftrag (Abs. 1 S. 1)	3
IV. Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Abs. 1 S. 2)	4
V. Arbeitsgemeinschaften (Abs. 1 S. 3 und 4)	5
VI. Betreuung des Pflegebedürftigen durch Koordinierung (Abs. 2)	6
VII. Teilnahme an der integrierten Versorgung (Abs. 2 S. 3)	7

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG v. 26.5.1994 (BGBl. I 1 1014, Berichtigung v. 23.9.1994, BGBl. I 2797; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 505/93, BT-Drs. 12/5617, BT-Drs. 12/5920 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/5952 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/6424 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss], BT-Drs. 12/6491 [Unterrichtung Bundesregierung], BR-Drs. 946/93 [Unterrichtung Bundesregierung] und BT-Drs. 12/7323 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss]) eingeführt worden. Der Fassung des RegE (§ 1 RegE; vgl. Begr. des RegE S. 93) wurde aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses lediglich Abs. 1 S. 2 Hs. 2 hinzugefügt (BT-Drs. 12/5920, 21). Nach dessen Inhalt sollten **Mängel der pflegerischen Versorgungsstruktur** beseitigt werden, um regional bestehende Unterversorgungen bei einzelnen Formen der Pflege abzubauen. Die Regelung ist durch Art. 1 Nr. 8 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz v. 28.5.2008 (BGBl. I 874; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 718/07, BT-Drs. 16/7439, BT-

Drs. 16/8525 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) mWv 1.7.2008 durch die zuletzt geltende Fassung des Abs. 1 S. 2 Hs. 2 ersetzt worden. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden mWv 1.7.2008 auch Abs. 2 S. 2 geändert und Abs. 2 S. 3 angefügt (Art. 1 Nr. 8 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz); zur Begr. vgl. BT-Drs. 16/7439, 50. Geändert wurde die Regelung zuletzt durch Art. 1 Nr. 9 PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) mWv 1.1.2016. Abs. 2 S. 2 wurde durch Art. 2 Nr. 5a PSG II mWv 1.1.2017 geändert.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift beschreibt allg. den in § 69 näher konkretisierten **Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen**. In diesem Zusammenhang werden die Pflegekassen zur Kooperation mit anderen Sozialleistungsträgern, zur Koordination von Leistungen, die die Pflegebedürftigen benötigen sowie zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften verpflichtet.

III. Sicherstellungsauftrag (Abs. 1 S. 1)

- 3 Die Regelung überträgt den Pflegekassen den Auftrag, die pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Dieser **Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen**, zu dem auch die Gewährleistung einer dem „allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung“ gehört, wird durch § 69 ausgefüllt und konkretisiert. Die Pflegekassen erfüllen den Sicherstellungsauftrag durch den **Abschluss von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen** mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen oder sonstigen Leistungserbringern. Soweit dies im ambulanten Bereich nicht möglich ist, müssen sie uU einzelne Pflegekräfte anstellen (§ 77 Abs. 2), um die Versorgung zu gewährleisten. Anders als in der GKV, wo der Sicherstellungsauftrag für den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung auf eine Selbstverwaltungseinrichtung der Ärzte, die KÄV, übertragen worden ist (§ 75 SGB V), sind die **Pflegeeinrichtungen** in der sozialen Pflegeversicherung in Ermangelung einer entsprechenden öffentlich-rechtlichen Organisationsstruktur **nicht direkte Adressaten des Sicherstellungsauftrags**. Die Reichweite des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen wird durch die **Verantwortlichkeit der Länder** nach § 9 für die **pflegerische Infrastruktur** eingeschränkt.

IV. Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Abs. 1 S. 2)

- 4 Die Pflicht zur Zusammenarbeit bezieht sich nicht nur auf andere Einrichtungen im pflegerischen, sondern auch auf den Bereich der gesundheitlichen und sozialen Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Einflussmöglichkeiten der Pflegekassen sind allerdings beschränkt. Sie können **keine eigenen Pflegeeinrichtungen** unterhalten. Soweit der Aufbau neuer Pflegeeinrichtungen von Investitionskostenzuschüssen abhängt, können sie nur auf eine entsprechende Entscheidung des zuständigen Landes hinwirken. Nach der Neufassung des Abs. 1 S. 2 durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sollen Pflegekassen insbesondere durch **Pflegestützpunkte nach § 7c** (bis zum Inkrafttreten des PSG II des § 92c), auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hinwirken, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermög-

lichen. Nach der Gesetzesbegründung sollen insbesondere **auf kommunaler Ebene vorhandene Versorgungsangebote** so vernetzt werden, dass eine **abgestimmte und wohnortnahe Versorgung** pflegebedürftiger Personen und die Entwicklung und Umsetzung eines Gesamtkonzepts der Versorgung pflegebedürftiger und älterer Menschen ermöglicht wird (BT-Drs. 16/7439, 50).

V. Arbeitsgemeinschaften (Abs. 1 S. 3 und 4)

Die Regelungen sind dem für die **Bildung von Arbeitsgemeinschaften** im Bereich der GKV geltenden § 219 SGB V nachgebildet. Arbeitsgemeinschaften können im örtlichen und regionalen Bereich gebildet werden. Die Form der Zusammenarbeit sollte insofern bewusst offengelassen werden, um örtlichen Besonderheiten besser Rechnung tragen zu können (BT-Drs. 12/5262, 93). Die Begr. des Entwurfs zu § 12 (BT-Drs. 12/5262, 93, damals zu § 11) erwähnt, dass die Arbeitsgemeinschaften der gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung und Förderung der engen Zusammenarbeit dienen und auch die Verbände der Pflegekassen Arbeitsgemeinschaften bilden könnten. **S. 4** verweist auf die für Arbeitsgemeinschaften im Bereich des SGB allg. geltenden Regelungen in § 94 Abs. 2–4 SGB X (zu Aufsicht, Haushalt und Auftrag).

VI. Betreuung des Pflegebedürftigen durch Koordinierung (Abs. 2)

Die Vorschrift verpflichtet die Pflegekassen über die Gewährung von Pflegeleistungen hinaus, die für den Pflegebedürftigen **erforderlichen Hilfen im gesundheitlichen und sozialen Bereich** durch Zusammenarbeit mit den hierfür zuständigen Trägern zu koordinieren. Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass im Einzelfall die in der Vorschrift genannten Leistungen nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. Durch das PSG II wurden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung in Folge der Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gestrichen. Bei vorübergehender Unterbrechung der häuslichen Pflege sollen durch eine **reibungslose Zusammenarbeit** zwischen Trägern vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege und durch den Einsatz ortsnaher Pflegeeinrichtungen längere Wartezeiten vermieden werden. Bei einem Pflegebedürftigen, der sowohl Maßnahmen der Behandlungspflege (zu Lasten der Krankenkasse) als auch Grundpflege (zu Lasten der Pflegekasse) benötigt, sollen nicht mehrere Pflegekräfte zum Einsatz kommen, sondern alle Leistungen nach Möglichkeit von einer Pflegekraft bzw. einer Sozialstation erbracht werden (BT-Drs. 12/5262, 92). Mit der Ergänzung um die **spezialisierte ambulante Palliativversorgung** (vgl. auch § 37b SGB V aF – vgl. hierzu aber auch § 12 Abs. 2 S. 2), die **Prävention** (§ 5) und der **Leistungen zur Teilhabe** durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden wesentliche Versorgungsbereiche in den bestehenden **Koordinierungsauftrag** einbezogen (BT-Drs. 16/7439, 51).

VII. Teilnahme an der integrierten Versorgung (Abs. 2 S. 3)

Mit dem durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz angefügten S. 3 werden die Pflegekassen verpflichtet, die bereits durch das GKV-WSG in § 92b geschaffene Regelung der Teilnahme an Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen an der **integrierten Versorgung** intensiv zu nutzen, um damit eine die Versicherungszweige übergreifende Leistungserbringung zu ermöglichen (BT-Drs. 16/7439). Durch **verstärkte Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten** soll nach Abs. 2 S. 3 eine

umfassende haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen sichergestellt werden. Die Pflegekassen sollen die Möglichkeiten der Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten oder Anstellung von Ärzten bei Pflegeeinrichtungen (§ 119b SGB V) unterstützen (BT-Drs. 16/7439, 51).

§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

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

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

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

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

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

vor, soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt. ²Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen. ³Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Neunten Buch, die Leistungen zur Teilhabe nach dem Vierzehnten Buch und die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen und Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

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

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

²Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben unberührt und sind zu beachten. ³Die Ausführung der Leistungen erfolgt nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvor-

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

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

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

(5) ¹Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen und bei Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt; dies gilt nicht für das Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3. ²Satz 1 gilt entsprechend bei Vertragsleistungen aus privaten Pflegeversicherungen, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. ³Rechtsvorschriften, die weitergehende oder ergänzende Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung von der Einkommensermittlung ausschließen, bleiben unberührt.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Vorrang von Entschädigungsleistungen (Abs. 1)	3
1. Entschädigungsleistungen nach SGB XIV bzw. BVG (Nr. 1)	4
2. Entschädigungsleistungen aus der GUV (Nr. 2)	6
3. Entschädigungsleistungen aus öffentlichen Kassen (Nr. 3)	7

	Rn.
IV. Leistungen der häuslichen Krankenpflege (Abs. 2)	8
V. Fürsorgeleistungen zur Pflege (Abs. 3 und 3a)	10
1. Verhältnis von Pflegeversicherung und Fürsorgeleistungen	11
2. Fürsorgeleistungen im Einzelnen:	15
a) Pflegeleistungen nach dem SGB XII (Abs. 3 S. 1 Nr. 1)	15
b) Pflegeleistungen nach Abs. 3 S. 1 Nr. 2	18
c) Leistungen der Kriegsopferfürsorge (Abs. 3 S. 1 Nr. 3)	19
VI. Leistungen der Eingliederungshilfe (Abs. 3 S. 3)	20
VII. Pflegeleistungen nach anderen Rechtsgrundlagen	22
VIII. Pflegeleistungen durch eine Stelle (Abs. 4)	23
1. Pflege- und Eingliederungsleistungen durch eine Stelle	23
2. Pflegekasse am Teilhabe- oder Gesamtplanverfahren beteiligt	24b
IX. Keine Berücksichtigung als Einkommen (Abs. 5)	25
1. Einkommensabhängige Sozialleistungen	26
2. Pflegegeld als Einkommen der Pflegeperson	27
3. Pflegegeld als Einnahme iSd EStG	29
X. Pflegegeld und Unterhaltsrecht (Abs. 6)	30

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Abs. 1 und 2 entsprechen unverändert dem RegE (§ 11a RegE); vgl. Begr. des RegE S. 93 f. Abs. 3 S. 2 und Abs. 5 S. 2 wurden auf Veranlassung des AuS-Ausschusses geändert (vgl. Beschlussempfehlung BT-Drs. 12/5920, 21 f.). Abs. 4 wurde im ersten Vermittlungsverfahren eingefügt (BT-Drs. 12/6424) und im zweiten Vermittlungsverfahren geändert (BT-Drs. 12/7323). Durch Art. 1 Nr. 4 des 1. SGB XI-ÄndG wurde in Abs. 3 S. 2 neu gefasst und Abs. 3 S. 3 angefügt (vgl. Begr. in BT-Drs. 13/3696, 3). Durch Art. 1 Nr. 1 des 4. SGB XI-ÄndG wurde mWv 1.8.1999 Abs. 6 angefügt. Abs. 3 S. 3 wurde durch das SGB IX (vom 19.6.2001, BGBl. I 1046) an den Sprachgebrauch des SGB IX angepasst. Durch das PfLEG (vom 14.12.2001, BGBl. I 3728) wurde Abs. 3a eingefügt. Durch Art. 10 Nr. 2 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das SGB (vom 27.12.2003, BGBl. I 3022) wurden die zuvor in Abs. 3 und 4 enthaltenen Bezugnahmen auf das BSHG durch solche auf das SGB XII ersetzt; Abs. 5 wurde nach dem Wort „Sozialleistungen“ ergänzt um „und bei Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“. Durch das PSG II wurde Abs. 2 um einen S. 2 erweitert und S. 1 neu formuliert. In Abs. 5 S. 1 wurde der Hs. 2 eingefügt. Durch das PSG III wurde Abs. 4 erweitert und neu formuliert; die Abs. 4a und 4b wurden eingefügt. Eine erweiternde Formulierung der Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 in Abs. 3 S. 3 aE ist zum 1.1.2020 in Kraft getreten (Art. 26 Abs. 4 Nr. 3 BTHG). Zum 1.1.2024 sind mit dem Inkrafttreten des SGB XIV folgende Regelungen geändert worden (Gesetz vom 12.12.2019, BGBl. I 2652): Abs. 1 Nr. 1 (Entschädigungsleistungen nach dem SGB XIV), Abs. 3 S. 1 Nr. 3 ist entfallen, Abs. 3 S. 3: statt BVG: SGB XIV. Zum 1.1.2025 (Gesetz vom 20.8.2021, BGBl. I 3932) wird Abs. 1 um Nr. 4 (Entschädigungsleistungen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz – SEG) sowie in Abs. 3 S. 3 die Liste der unberührt bleibenden Leistungen der Eingliederungshilfe um derartige Leistungen nach dem SEG ergänzt.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift regelt in Abs. 1 und 3 das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu Pflegeleistungen nach anderen Gesetzen. Sie ist insoweit allerdings nicht

erschöpfend (vgl. → Rn. 19). Abs. 1 stellt den Grundsatz auf, dass Pflegeleistungen aus öffentlich-rechtlichen Entschädigungssystemen den Leistungen der Pflegeversicherung vorgehen. Diese Regelung steht in **engem Zusammenhang** mit der Ruhensvorschrift in § 34 Abs. 1 Nr. 2. Im Gegensatz hierzu sind die Pflegeleistungen nach sozialhilferechtlichen oder vergleichbar subsidiären Anspruchsgrundlagen iSv Abs. 3 gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung nachrangig, weitergehende Leistungen sowie Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB VIII und SGB IX Teil 2 (bis Ende 2020: SGB XII) bleiben allerdings unberührt. Durch die Einfügung von Abs. 3 S. 2 und 3 im 1. SGB XI-ÄndG wurde dies noch einmal ausdrücklich klargestellt. Bei einem Zusammentreffen von Pflegeleistungen mit weitergehenden Leistungen aus an sich subsidiären Systemen soll im Verhältnis zum Pflegebedürftigen nur eine Stelle leisten (Abs. 4). Für den Anspruch auf häusliche Krankenpflege bleibt die GKV zuständig (Abs. 2). Die Abs. 5 und 6 legen fest, inwieweit Leistungen der Pflegeversicherung bei der Festsetzung anderer einkommensabhängiger Sozialleistungen nicht als Einkommen (Abs. 5) zu berücksichtigen sind bzw. bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen bzw. -verpflichtungen der Pflegepersonen außen vorbleiben (Abs. 6).

III. Vorrang von Entschädigungsleistungen (Abs. 1)

Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus Entschädigungssystemen gehen den Leistungen nach dem SGB XI vor. Die Aufzählung der Entschädigungssysteme führte in Abs. 1 Nr. 1 bislang Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und den Gesetzen auf, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen. Mit dem Inkrafttreten des SGB XIV zum 1.1.2024 wurde der Vorrang von Leistungen nach dem BVG durch eine Bezugnahme auf das SGB XIV ersetzt. Abs. 1 Nr. 2 begründet den Vorrang der Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung (Pflege als Teil des unfallversicherungsrechtlichen Heilbehandlungsanspruchs, § 44 SGB VII und Abs. 1 Nr. 3 den Vorrang von Leistungen aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder -fürsorge; hierzu zählt insbesondere die Unfallfürsorge nach § 34 BeamtVG und vergleichbare Leistungen anderer Hoheitsträger). Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung ruht, soweit Versicherte diese Leistungen erhalten (§ 34 Abs. 1 Nr. 2 S. 1); dh ein Anspruch hierauf reicht nicht aus; vgl. im Einzelnen → § 34 Rn. 3. Der Vorrang von Entschädigungsleistungen aufgrund anderer Rechtsgrundlagen greift nur ein, soweit sie den Leistungen nach dem SGB XI entsprechen. **Weitergehende Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung** werden hierdurch nicht ausgeschlossen. Dies gilt sowohl für Leistungsarten, die in den Entschädigungssystemen nicht vorgesehen sind (Beispiel: Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson nach § 44) als auch für die Höhe der Leistungen (zB unterschiedliche Höhe des Pflegegeldes), vgl. → § 34 Rn. 12.

1. Entschädigungsleistungen nach SGB XIV bzw. BVG (Nr. 1)

Entschädigungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit sind (seit dem 1.1.2024) in Kapitel 7 SGB XIV (§§ 71 ff. SGB XIV) geregelt. Für den Begriff der Pflegebedürftigkeit, für das Verfahren zur Ermittlung des Pflegegrades und für die Einordnung in Pflegegrade gelten die entsprechenden Vorschriften des SGB XI (§ 71 Abs. 1 SGB XIV). Eine Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad ist für die für das Entschädigungsverfahren zuständige Verwaltungsbehörde bindend (§ 71 Abs. 2 SGB XIV). Nur wenn auf der Grundlage des SGB XI kein Anspruch in Betracht kommt, ermittelt letztere selbst (§ 71 Abs. 2 SGB XIV). Liegen die Voraussetzungen der §§ 71, 72 SGB XIV vor, besteht ein Anspruch auf die in § 74 SGB XIV abschlie-

bend aufgeführten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (vgl. hierzu Schmidt/Schmidt SGB XIV § 74 Rn. 1).

- 5 Ansprüche auf Entschädigungsleistungen nach dem BVG genießen über den 1.1.2024 hinaus grundsätzlich Besitzstandsschutz. Nach § 142 Abs. 1 SGB XIV erhalten Personen, deren Ansprüche nach dem BVG in der bis zum 31.12.2023 geltenden Fassung bis zu diesem Zeitpunkt bestandskräftig festgestellt waren, diese Leistungen weiter (zu Einzelheiten und Abweichungen von diesem Grundsatz vgl. Schmidt/Kerner SGB XIV § 142 Rn. 4 ff.). Die Überleitung von Geldleistungen nach dem BVG ist in § 144 SGB XIV geregelt. Bei Pflegeleistungen für Geschädigte sieht § 146 SGB XIV spezielle Regelungen für den Besitzstandsschutz vor.

2. Entschädigungsleistungen aus der GUV (Nr. 2)

- 6 Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit sind in § 44 SGB VII geregelt. Die Leistungspflicht der GUV hängt davon ab, dass die Folgen eines von ihr zu entschädigenden Arbeitsunfalls die wesentliche Ursache der Hilflosigkeit darstellen. Die Leistungen der GUV bei Pflegebedürftigkeit sind mit dem Inkrafttreten des SGB VII am 1.1.1997 geändert worden; bis zu diesem Zeitpunkt galt § 558 RVO. § 44 SGB VII sieht mit den Leistungsarten Pflegegeld, Gestellung einer Pflegekraft (Hauspflege, § 44 Abs. 5 SGB VII) und stationäre Pflege in einer geeigneten Einrichtung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung, sog. Heimpflege, § 44 Abs. 5 SGB VII) Leistungen vor, die mit denen der Pflegeversicherung vergleichbar sind, deren Umfang jedoch häufig weiter geht. Die Höhe des Pflegegeldes hängt ua auch vom Umfang der erforderlichen Hilfe ab; eine Zuordnung zu verschiedenen Pflegestufen sieht § 44 Abs. 2 jedoch nicht vor. Die Festsetzung der Höhe des Pflegegeldes steht vielmehr im Ermessen der BG. Bei ihrer Ermessensentscheidung hat die BG auch Aufwendungen für die Absicherung des pflegenden Angehörigen in der GRV zu berücksichtigen (BSG 24.1.1990 – 2 RU 15/89, SozR 3–2200 § 558 Nr. 1 = BeckRS 1990, 30732917). Durch die Einführung der Pflegeversicherung ist die Pflicht des UV-Trägers, für die Pflegeperson RV-Beiträge zu entrichten, nicht entfallen (BSG 14.12.1999 – B 2 U 37/98 R., NZS 2000, 412).

3. Entschädigungsleistungen aus öffentlichen Kassen (Nr. 3)

- 7 Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit werden aufgrund der vom jeweiligen Hoheitsträger erlassenen Vorschriften über die Versorgung nach Dienstunfällen gewährt. Bei Beamten kommt grundsätzlich **§ 34 BeamtVG** zur Anwendung. Danach sind die Kosten einer notwendigen Pflege in angemessenem Umfang zu erstatten, wenn der Verletzte infolge eines Dienstunfalls so hilflos ist, dass er nicht ohne fremde Hilfe und Wartung auskommen kann; zu Einzelheiten der Leistungen nach § 34 BeamtVG vgl. Wannagat/Eichenhofer/Trenk-Hinterberger Rn. 67–79; zum Zusammentreffen mit Leistungen der Pflegeversicherung Wannagat/Eichenhofer/Trenk-Hinterberger Rn. 82–91. Die Entschädigungsleistung nach Dienstunfall darf nicht mit der Beihilfe des Dienstherrn bei allgemeiner, nicht durch einen Dienstunfall verursachten Pflegebedürftigkeit (vgl. hierzu § 23 Abs. 3) verwechselt werden.

IV. Leistungen der häuslichen Krankenpflege (Abs. 2)

- 8 Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bleiben unberührt (Abs. 2). Nach § 37 Abs. 1 SGB V erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht aus-

föhrbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (eingehend hierzu BSG 28.1.1999 – B 3 KR 4/98 R, BSGE 83, 254 (258) = SozR 3–2500 § 37 Nr. 1 = BeckRS 1999, 30044665). Die häusliche Krankenpflege umfasst neben der Behandlungspflege auch die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Besteht ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V, ruht gem. § 34 Abs. 2 der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege nach den §§ 36–39. § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V sieht einen Anspruch auf Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege auch in Fällen vor, in denen die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung nicht besteht, sondern die Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig ist. Die „Sicherungspflege“ (vgl. § 2b HKP-RiLi) wird nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V ausnahmsweise auch Versicherten in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen gewährt, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben; Einzelheiten regelt § 1 Abs. 7 HKP-RiLi. Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben zudem nach § 37c SGB V (idF des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsg vom 23.10.2020, BGBl. I 2220) Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Der Vorrang auch dieser Leistungen der GKV vor Leistungen der Pflegeversicherung wurde durch eine entsprechende Ergänzung von Abs. 2 S. 2 im Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz betont. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden im Fall der Sicherungspflege nur dann gewährt, wenn die Satzung der Krankenkasse dies vorsieht (§ 37 Abs. 2 S. 2 und 3 SGB V). Dieser satzungsmäßige Leistungsanspruch endet nach § 37 Abs. 2 S. 4 SGB V (eingefügt durch Art. 4 Nr. 2 PflegeVG) mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit iSd SGB XI. Zu einem Zusammentreffen von Leistungen der Krankenkasse mit solchen der Pflegekasse kann es somit nicht kommen. Die Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V wird dagegen neben den Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege gewährt, weil sie mit diesen prinzipiell nicht deckungsgleich ist (zur Behandlungspflege bei Pflegebedürftigkeit vgl. Opolony NZS 2017, 409 ff.).

Eine Definition des Begriffs **Behandlungspflege** findet sich weder im SGB V noch im SGB XI; zur Entstehungsgeschichte dieses Begriffs vgl. BSG 17.4.1996 – 3 RK 28/95, SozR 3–2500 § 53 Nr. 10 = BeckRS 1996, 41385 sowie Igl SGB 1999, 111 (112 ff.). Allgemein werden hierunter krankheitsspezifische Hilfeleistungen verstanden, die nicht von Ärzten, sondern entweder von fachlich qualifizierten Krankenpflegekräften oder auch ohne besondere Fachkunde (sog. einfache Behandlungspflege, vgl. BSG 17.4.1996 – 3 RK 28/95, SozR 3–2500 § 53 Nr. 10 = BeckRS 1996, 41385) erbracht werden, etwa Injektionen, Spülungen, Einreibungen, Verbandwechsel oder die Verabreichung von Medikamenten. Im Gesetzgebungsverfahren zum PflegeVG (BT-Drs. 12/5262) wurde zu Unrecht der Eindruck erweckt, die Behandlungspflege werde stets von der GKV sichergestellt. Tatsächlich kommt eine Leistungspflicht der GKV nur in Betracht, soweit die erforderlichen Maßnahmen von einer im Haushalt lebenden Person nicht erbracht werden können (vgl. § 37 Abs. 3 SGB V). Unter dem bis Ende 2016 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff, der maßgebend auf den Umfang des Hilfebedarfs und über § 15 Abs. 3 auf die Pflegezeit abstellte, war die verrichtungsbezogene Behandlungspflege bei der Bemessung des Pflegebedarfs zu berücksichtigen; vgl. hierzu → 4. Aufl. 2015, § 14 Rn. 15.

Die Abgrenzung der Leistungszuständigkeit von sozialer Pflegeversicherung und GKV ist auch unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vor allem in den Fällen problematisch, in denen eine pflegerische Versorgung zur Erhaltung der Vitalfunktionen rund um die Uhr erforderlich ist. Für diese Fälle hatte das BSG im sog. Drachenvlieger-Urteil (BSG 28.1.1999 – B 3 KR 4/98 R, BSGE 83, 254 = NZS 2000, 27)

ursprünglich in Bezug auf die Grundpflege einen Vorrang der Leistungspflicht der Pflegekasse angenommen, weil der Anspruch eines Pflegebedürftigen auf häusliche Krankenpflege auch dann, wenn die Behandlungspflege ununterbrochen rund um die Uhr geleistet werden müsse, die Grundpflege nicht umfasse. Diese Rspr. hat das BSG mit Urt. vom 17.6.2010 (B 3 KR 7/09 R, BSGE 106, 173 = SGB 2011, 527 = BeckRS 2010, 74038) aufgegeben, weil der Gesetzgeber durch die zwischenzeitlichen Änderungen des § 37 Abs. 2 SGB V (im GMG und GKV-WSG) deutlich gemacht habe, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege durch den gleichzeitigen Bezug von Leistungen nach dem SGB XI grundsätzlich nicht eingeschränkt werden solle und im Einzelfall auch Doppelansprüche in Kauf genommen werden sollten (BSG 17.6.2010 – B 3 KR 7/09 R, BSGE 106, 173 Rn. 18 = BeckRS 2010, 74038). Insbesondere durch die Änderung des § 37 Abs. 2 SGB V im GKV-WSG sei für die Fälle der „Behandlungssicherungs Pflege“ nach § 37 Abs. 2 SGB V eine Doppelzuständigkeit von Krankenkasse und Pflegekasse geschaffen worden, die den Anspruch auf häusliche Krankenpflege auch bei Bezug von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI möglichst ungeschmälert aufrechterhalte. Hieraus kann jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass die Pflegekasse von den Gesamtkosten bis zur Höchstgrenze der Pflegesachleistung (§ 36) einen Anteil für die Grundpflege zu übernehmen hat und der Rest von der Krankenkasse zu tragen ist; dies widerspräche dem Verbot aus § 37 Abs. 2 S. 6 SGB V; insofern wird die Entscheidung aus 1999 (BSG 28.1.1999 – B 3 KR 4/98 R, BSGE 83, 254 = NZS 2000, 27) bestätigt. Das BSG (17.6.2010 – B 3 KR 7/09, BSGE 106, 173 Rn. 28 = BeckRS 2010, 74038) schlägt vor, die „reine“ Grundpflege (dh ohne verrichtungsbezogene Behandlungspflege) zu ermitteln, und die Hälfte des ermittelten Zeitwerts vom Gesamtaufwand an Behandlungspflege abziehen. Aus der Differenz zwischen dem verordneten zeitlichen Umfang der häuslichen Krankenpflege und der Hälfte des Zeitaufwands der „reinen“ Grundpflege ergebe sich der zeitliche Umfang der häuslichen Krankenpflege, für den die Krankenkasse einzutreten habe. Die Pflegekasse habe die Kosten der Hälfte des Zeitaufwands der reinen Grundpflege zu tragen, begrenzt auf den Höchstbetrag für Pflegesachleistungen nach § 36.

- 9b Mit Urt. v. 25.2.2015 (BSG 25.2.2015 – B 3 KR 11/14 R, BeckRS 2015, 68970) hat das BSG erstmals eine neue Kategorie der Behandlungspflege eingeführt: **einfachste Maßnahmen** der häuslichen Krankenpflege, die in einem Haushalt praktisch von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen erbracht werden können, sollten zumindest in Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht die Leistungspflicht der GKV begründen. Abgeleitet wurde die Begrenzung der Zuständigkeit der GKV vor allem aus § 37 Abs. 3 SGB V, der einen Leistungsausschluss vorsieht, wenn die erforderliche Versorgung von Haushaltsangehörigen erbracht werden kann. Mit Urteil v. 26.3.2021 (BSG 26.3.2021 – B 3 KR 14/19 R, RDG 2021, 272; vgl. hierzu abl. Anm. Eicher juris-PR SozR 17/2022 Anm. 1) hat das BSG diese Rspr., begrenzt auf Einrichtungen der Eingliederungshilfe, bestätigt; jedoch eine Übertragung auf Wohngruppen, die nach § 38a einen Wohngruppenzuschlag beanspruchen können, weitgehend abgelehnt.

V. Fürsorgeleistungen zur Pflege (Abs. 3 und 3a)

- 10 Fürsorgeleistungen zur Pflege (Abs. 3) nach dem SGB XII, dem LAG, dem ReparationschädenG und dem FlüchtlingshilfeG sowie der Kriegsofferfürsorge nach dem BVG und den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen (→ Rn. 5), sind gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung subsidiär, soweit sie im Einzelfall nicht über die im SGB XI vorgesehenen Leistungen hinausgehen. Die Terminologie wirkt insoweit befremdlich, als der Begriff „Fürsorge“ seit dem Inkrafttreten des BSHG erstmals wieder in der Gesetzessprache auftaucht. Den Für-

sorgeleistungen zur Pflege ist gemeinsam, dass sie voraussetzen, dass der Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, sich die erforderlichen Hilfeleistungen aus eigenen Mitteln zu beschaffen. Abs. 3 Satz 2, der im 1. SGB XI-ÄndG neu gefasst wurde, stellt klar, dass der Subsidiaritätsgrundsatz nicht gilt, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder die in S. 1 aufgeführten fürsorgerechtlichen Gesetze andere oder höhere Leistungen vorsehen (vgl. Löcher/vom Rath ZfS 2006, 129 (135)), dh die Leistungen mit denen der Pflegeversicherung nicht kongruent sind. Zu einer besonderen Klarstellung sah sich der Gesetzgeber in Bezug auf die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII (sowie dem BVG und dem SGB VIII) veranlasst, deren Eigenständigkeit im Verhältnis zur Pflegeversicherung in S. 3 betont wird. In Einrichtungen der Behindertenhilfe (vgl. die Bezugnahme auf § 71 Abs. 4) ist die notwendige Hilfe einschließlich der Pflegeleistungen zu erbringen. An der Finanzierung dieser Pflegeleistungen beteiligt sich die Pflegeversicherung nach § 43a. Da die Eingliederungshilfe zum 1.1.2020 vom SGB XII in das SGB IX (Teil 2 §§ 90 ff. SGB IX) verlagert wurde, hat sich auch die frühere Bezugnahme auf das SGB XII geändert. Die Bezugnahme auf das BVG wurde zum 1.1.2024 durch eine solche auf das SGB XIV geändert.

1. Verhältnis von Pflegeversicherung und Fürsorgeleistungen

Vgl. hierzu eingehend Schulin PV-HdB/Lachwitz § 9 Rn. 75–298; Wienand 11 NZS 1996, 1; Schellhorn NDV 1995, 54; Krahmer/Schellhorn, Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, 2022. Die nur subsidiäre Leistungspflicht der Sozialhilfe ergibt sich bereits aus § 2 Abs. 1 SGB XII. Der Nachrang wirkt sich nur aus, wenn die Leistungsvoraussetzungen des SGB XI erfüllt sind. Liegt der **Pflegebedarf unterhalb** der Anforderungen des **Pflegegrades 1** oder besteht der Pflegebedarf für weniger als sechs Monate (§ 14 Abs. 1), so ist ein Anspruch auf Leistungen der in Abs. 3 aufgeführten Fürsorgesysteme nicht ausgeschlossen. § 61a Abs. 1 SGB XII enthält insoweit einen **eigenständigen sozialhilferechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff**, der über denjenigen des § 14 Abs. 1 hinausgeht. Zum Rechtszustand unter dem alten Pflegebedürftigkeitsbegriff vgl. Schulin PV-HdB/Lachwitz § 9 Rn. 142–144, 295; jurisPK-SGB XII/Mießling SGB XII § 61 Rn. 88.

Soweit § 61 Abs. 1 SGB XII aF auch einen Hilfebedarf für „andere Verrichtungen“ als nach Abs. 5“ berücksichtigte, war dies sozialhilferechtlich problematisch; denn der Sozialhilfeträger hat unabhängig von der Ursache der Hilfebedürftigkeit alles zu unternehmen, um eine menschenwürdige Versorgung des Pflegebedürftigen sicherzustellen, soweit dieser dazu aus eigenen Kräften nicht in der Lage ist. Es konnte deshalb nicht darauf abgestellt werden, dass der Hilfebedarf bei Verrichtungen entsteht. Eine entsprechende verfassungskonforme Auslegung des zu eng gefassten Wortlauts war im Hinblick auf Art. 1 Abs. 1 GG zwingend geboten. Anders hätte auch die bedarfsrechte Versorgung dementiell Erkrankter, die weitgehend unabhängig von verrichtungsbezogenen Hilfebedarfen bestand, nicht begründet werden können. Im Übrigen ist der Sozialhilfeträger jedoch an die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit gebunden (Bindungswirkung gem. § 62a SGB XII). Die Bindungswirkung setzt eine bestandskräftige Entscheidung der Pflegekasse voraus (vgl. NdsOVG 26.6.1995 – 12 M 3542/95, FEVS 46, 370 = BeckRS 2005, 21593; 3.11.1995 – 4 M 5190/95, FEVS 46, 457 = BeckRS 1995, 23196). Ob die **Bindungswirkung** auch den Zeitpunkt des Beginns einer Erhöhung des Leistungsanspruchs wegen einer Erhöhung des Pflegebedarfs umfasst oder ob auch insoweit allein auf den sozialhilferechtlichen Kenntnisgrundsatz abzustellen ist, wird von BVerwG und BSG unterschiedlich beurteilt (BSG 2.2.2012 – B 8 SO 5/10 R, SozR 4–3500 § 62 Nr. 1 = NJW 2012, 2540; BVerwG 12.12.2002 – 5 C 62/01, BVerwGE 117, 272 = NJW 2003, 1961). Eine Bindung der Pflegekasse an Feststellungen des Sozialhilfeträgers zur Pflegebedürftigkeit besteht dagegen nicht.

- 13 **Weitergehende Leistungen nach dem SGB XII** (S. 2) und den anderen Gesetzen mit einkommensabhängigen Pflegeleistungen kommen in Betracht, wenn der Leistungsrahmen des SGB XI (§§ 36 und 39–43) nicht ausreicht, um den Pflegebedarf sicherzustellen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang § 91 Abs. 2 S. 3; danach darf der Sozialhilfeträger weitergehende Kosten dann nicht übernehmen, wenn sie auf der Leistungsbegrenzung bei Inanspruchnahme einer Pflegeeinrichtung ohne Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekasse beruhen. Im Übrigen konnte der **Grundsatz der Subsidiarität** sozialhilferechtlicher gegenüber sozialversicherungsrechtlichen Leistungsansprüchen im PflegeVG wegen der bei allen Leistungen nach dem SGB XI vorgesehenen Obergrenzen **nicht konsequent verfolgt** werden. Der Umfang der Leistungen bemisst sich zwar nach einem pauschalierten Pflegebedarf (§ 15), ist der Höhe nach jedoch begrenzt und nimmt auf das konkrete Ausmaß der notwendigen Hilfe letztlich keine Rücksicht. Maßstab der Leistungspflicht der **Sozialhilfe** ist demgegenüber der individuelle Hilfebedarf **ohne Beschränkung durch Höchstgrenzen**, dafür allerdings abhängig vom vorrangigen Einsatz des Einkommens und Vermögens des Pflegebedürftigen und teilweise seiner unterhaltspflichtigen Angehörigen. Trotz der grundsätzlichen Subsidiarität können sozialhilferechtliche Pflegeleistungen daher auch dem nach dem SGB XI leistungsberechtigten Personenkreis insoweit nicht vorenthalten werden, als sie über den Leistungsrahmen dieses Gesetzes hinausgehen.
- 14 **Wahlrecht des Pflegebedürftigen:** Allein der Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe (§ 2 SGB XII) schränkt Wahlmöglichkeiten des Pflegebedürftigen (§ 2 Abs. 2) bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung auch dann nicht ein, wenn dieser durch eine bestimmte Wahl zusätzliche Leistungen der Sozialhilfe benötigt (Schulin PV-HdB/Lachwitz § 9 Rn. 173 ff.; Hauck/Noftz/Wagner Rn. 17). Allgemein wird der Nachrang der Sozialhilfe dadurch sichergestellt, dass der Sozialhilfeträger anstelle des Hilfesuchenden die Feststellung von Sozialleistungen betreiben kann (§ 95 SGB XII), im Übrigen steht ihm ein Erstattungsanspruch nach § 104 SGB X zu, wenn er Sozialleistungen erbracht hat, die vorrangig in die Leistungspflicht eines Sozialversicherungsträgers fielen (zur „Berücksichtigung“ der Pauschalleistung nach § 43a vgl. BSG 11.11.2021 – B 3 P 2/20 R, BSGE 133, 141 = BeckRS 2021, 39886). Der Nachranggrundsatz begründet jedoch keine Pflicht des Versicherten, Leistungen der Sozialversicherung (hier der sozialen Pflegeversicherung) so auszuwählen, dass eine Inanspruchnahme der Sozialhilfe nicht bzw. nur in möglichst eingeschränktem Umfang erforderlich wird. § 66 SGB XII knüpft den Nachrang an die tatsächliche Wahl der Leistungen der Pflegeversicherung an: Pflegegeld und Pflegesachleistungen sind dem Pflegebedürftigen von dem Sozialhilfeträger nur in dem Umfang zu wahren, in dem er nicht schon gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhält oder beanspruchen könnte. § 63b SGB XII nF knüpft überwiegend an Regelungen des Vor- bzw. Nachrangs in § 66 SGB XII aF an. Zur Anrechnung des Pflegegeldes bei Beschäftigung von besonderen Pflegekräften (sog. Assistenzmodell) vgl. BVerwG 3.7.2003 – 5 C 7/02, BVerwGE 118, 297 = BeckRS 2003, 24384; Grote-Seifert jurisPR-SozR 12/2008 Anm. 5. Ein Pflegebedürftiger, der in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt wird, ist auch dann, wenn der Sozialhilfeträger eine Versorgung in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für bedarfsgerechter hält, nicht verpflichtet einen entsprechenden Antrag zu stellen (LSG Nds-Brem 3.5.2021 – L 8 SO 47/21 B ER, BeckRS 2021, 11479; Sieper jurisPR-SozR 16/2021 Anm. 5).

2. Fürsorgeleistungen im Einzelnen:

- 15 **a) Pflegeleistungen nach dem SGB XII (Abs. 3 S. 1 Nr. 1).** Die leistungsrechtlichen Vorschriften in den §§ 61–66 SGB XII entsprechen weitgehend denjenigen des SGB XI. Wegen des Bedarfsdeckungsprinzips sind im Sozialhilferecht die

Höchstgrenzen der Pflegeversicherung jedoch nicht anwendbar. Bei fehlender finanzieller Leistungsfähigkeit (vgl. hierzu §§ 19 Abs. 3, 85 sowie 87–90 SGB XII) ist der Sozialhilfeträger auch zur Übernahme der Kosten für Unterkunft und Verpflegung verpflichtet. Wie im SGB XI (§ 3) gilt der **Vorrang der häuslichen Pflege** (§ 64 SGB XII). Der Sozialhilfeträger kann sich der Übernahme von Kosten einer Heimunterbringung jedoch auch dann nicht entziehen, wenn der Pflegebedürftige ohne zwingenden Grund stationäre Pflege in Anspruch nimmt. Andererseits kann der Vorrang der häuslichen Pflege mit dem Grundsatz der Angemessenheit der Kosten kollidieren (§ 9 Abs. 2 SGB XII); bei extrem kostspieliger häuslicher Pflege muss sich der Hilfeempfänger uU auf Heimpflege verweisen lassen (vgl. § 13 Abs. 1 S. 3 ff. SGB XII; Schellhorn NDV 1995, 54 (55)). Diese muss dem Betroffenen jedoch unter Berücksichtigung seiner gesamten Lebenssituation zumutbar sein (vgl. jurisPK-SGB XII/Mießing SGB XII § 63 Rn. 5; aA Fichtner/Wenzel SGB XII/Lachwitz, 4. Aufl. 2009, SGB XII § 63 Rn. 2).

Ein **Anspruch auf Pflegegeld** besteht bei häuslicher Pflege, wie in der Pflegeversicherung, wenn der Pflegebedürftige die erforderliche Pflege selbst sicherstellt (§ 64 Abs. 5 S. 1 SGB XII); Voraussetzungen und Höhe des Anspruchs entsprechen § 37. Stellt die Pflegekasse die Gewährung von Pflegegeld aus der Pflegeversicherung ein, weil der Pflegebedürftige die nach § 37 Abs. 3 S. 1 erforderlichen Pflichtenätze von Pflegediensten nicht abgerufen hat, so entfällt auch die Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers. Erhält der Pflegebedürftige Pflegegeld nach § 37, so scheidet ein Anspruch auf das sozialhilferechtliche Pflegegeld aus, weil Ersteres in voller Höhe anzurechnen ist (§ 66 Abs. 1 S. 2 SGB XII). Nur mit 70 % auf das Pflegegeld angerechnet werden dagegen das Blindengeld nach § 72 SGB XII und Geldleistungen nach den Landesblindengeld- und Landespflegegeldgesetzen. Die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen nach § 36 schließt das sozialhilferechtliche Pflegegeld nicht gänzlich aus; es kann jedoch um bis zu zwei Drittel gekürzt werden (§ 66 Abs. 2 S. 2 SGB XII). Bei Kombinationsleistungen nach § 38 wird das darin enthaltene Pflegegeld voll angerechnet (zu Berechnungsmodalitäten vgl. Schuln PV-HdB/Lachwitz § 9 Rn. 203 ff.).

§§ 64b und 64f SGB XII sehen daneben für die häusliche Pflege **weitere Leistungen** vor, die das SGB XI nicht kennt vgl. hierzu jurisPK-SGB XII/Mießing SGB XII § 65 Rn. 11 ff. So können die Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist; dh der Anspruch nach § 44 geht grundsätzlich vor. Wird hierdurch der individuelle Pflegebedarf nicht gedeckt, so hat der Sozialhilfeträger gem. § 64b SGB XII die Kosten für eine besondere Pflegekraft (dh eine erwerbsmäßig tätige) zu übernehmen (vgl. hierzu jurisPK-SGB XII/Mießing SGB XII § 65 Rn. 31 ff.). § 64f Abs. 3 SGB XII stellt zudem die Beibehaltung des sog. Arbeitgeber- oder Assistenzmodells sicher. Stellt der Pflegebedürftige seine Pflege durch besondere Pflegekräfte sicher, mit denen er ein Beschäftigungsverhältnis abgeschlossen hat, so kann er nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen verwiesen werden (hierzu eingehend jurisPK-SGB XII/Mießing SGB XII § 66 Rn. 44 ff.). Dies war eine Konsequenz aus § 77 Abs. 1 S. 3 idF des 1. SGB XI-ÄndG, wonach die Pflegekasse die Pflege nicht durch einen Vertrag mit einer einzelnen Pflegekraft sicherstellen darf, wenn diese mit dem Pflegebedürftigen ein Beschäftigungsverhältnis geschlossen hat; in diesem Fall verbleibt als Leistung der Pflegekasse nur die Gewährung von Pflegegeld (zu Ausnahmen → § 77 Rn. 9).

b) Pflegeleistungen nach Abs. 3 S. 1 Nr. 2. Pflegeleistungen nach LAG (§ 267 LAG), dem ReparationsschädenG und dem FlüchtlingshilfeG haben grundsätzlich subsidiären Charakter; zu den Voraussetzungen von Pflegeleistungen nach diesen Gesetzen vgl. Wannagat/Eichenhofer/Trenk-Hinterberger Rn. 117 ff.

- 19 **c) Leistungen der Kriegsofferfürsorge (Abs. 3 S. 1 Nr. 3).** Leistungen der Kriegsofferfürsorge (§§ 25–27j BVG iVm der VO zur Kriegsofferfürsorge): Sie ergänzen die übrigen Leistungen nach dem BVG, wenn der nach den §§ 2 ff. BVG anzuerkennende Bedarf schädigungsbedingt aus den übrigen Leistungen des BVG und dem Einkommen und Vermögen nicht gedeckt werden kann. Der die Pflegeleistungen regelnde § 26c BVG ist weitgehend den §§ 61–66 SGB XII nachgebildet (zu Einzelheiten vgl. Wannagat/Eichenhofer/Trenk-Hinterberger Rn. 137 ff.; speziell zur Besitzstandsklausel in § 27j BVG: Neubig Behindertenrecht 1995, 33 (38)). Die Regelung kommt auch dann zur Anwendung, wenn in anderen Gesetzen (vgl. → Rn. 5) eine entsprechende Anwendung des BVG vorgesehen ist. Die Regelung in Abs. 3 S. 1 Nr. 3 entfällt mWv 1.1.2024; ab diesem Zeitpunkt gelten für Opfer von Kriegsauswirkungen § 21 iVm § 139 SGB XIV.

VI. Leistungen der Eingliederungshilfe (Abs. 3 S. 3)

- 20 Leistungen der Eingliederungshilfe (Abs. 3 S. 3) nach den §§ 90 ff. SGB IX, §§ 62 ff. SGB XIV sowie nach dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) bleiben unberührt (eingehend hierzu: Schulin PV-HdB/Lachwitz § 9 Rn. 329 ff.). Die Eingliederungshilfe ist nach der Eingliederung in das SGB IX zum 1.1.2020 keine nachrangige Sozialhilfeleistung mehr. Bereits zuvor wurde ein Vorrang der Pflegeversicherung durch Abs. 3 S. 3 aufgehoben. Danach sind die Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zur Pflegeversicherung „nicht nachrangig“. Notwendige Hilfen in den Einrichtungen und besonderen Wohnformen nach § 71 Abs. 4 (hierzu zählen insbesondere auch Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, vgl. → § 71 Rn. 15) sind einschließlich der Pflegeleistungen zu erbringen. Die Pflegekassen übernehmen im Gegenzug nach § 43a für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen (pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung und Aufwendungen der Behandlungspflege) zehn vH des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, höchstens bis zu 266 EUR monatlich. Dies gilt nicht, soweit Teile derartiger Einrichtungen die Voraussetzungen von § 71 Abs. 2 (selbstständig wirtschaftende Einrichtungen unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft) erfüllen und einen Versorgungsvertrag nach § 72 abgeschlossen haben. Wer in einer derart verselbständigten Einrichtung pflegerisch versorgt wird, kann das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung beanspruchen.
- 21 Bei der Eingliederungshilfe stehen jedoch Leistungen im Vordergrund, die der Integration des behinderten Menschen in die Gesellschaft und der Rehabilitation dienen. Hieran knüpft § 71 Abs. 4 an, wonach Einrichtungen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund steht, keine Pflegeeinrichtungen sind, die Leistungen der Pflegeversicherung erbringen können. S. 3 Hs. 2 stellt klar, dass die Pflege in diesen Einrichtungen als Bestandteil der Eingliederungshilfe zu Lasten des Trägers der Eingliederungshilfe zu erbringen ist. Zur Frage der Vereinbarung dieser Regelung mit Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG vgl. Schulin PV-HdB/Lachwitz Anhang § 9 Rn. nach A 329 (5), unter Berufung auf ein Gutachten von Pieroth (RdLh 1996, 59). Wird neben einer teil- oder vollstationären Versorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe in einer unter § 71 Abs. 4 fallenden Einrichtung **Pflege im häuslichen Bereich** durchgeführt, so können hierfür Leistungen der Pflegeversicherung nach den §§ 36–39 beansprucht werden (vgl. → § 43a Rn. 13). Die Aufhebung des Nachrangs umfasst solche Leistungen der Eingliederungshilfe nicht, die mit der Hilfe in einer Einrichtung nach § 71 Abs. 4 nicht im Zusammenhang stehen, wie dies bei der Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 109 Abs. 2 SGB IX iVm § 33 SGB V) der Fall ist. Hierfür spricht vor allem Abs. 3 S. 3 Hs. 2, der den weiten Anwendungsbereich des

1. Hs. („die Leistungen der Eingliederungshilfe ... sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig“) insoweit begrenzt. Zur einschränkenden Auslegung der Aufhebung des Nachrangs vgl. grundlegend BSG 25.1.2017 – B 3 P 2/15 R, BSGE 122, 239 = BeckRS 2017, 107337, mAnm Knispel NZS 2017, 465. Aus der in Abs. 3 S. 3 angeordneten Gleichrangigkeit folgt, dass Pflegeleistungen und Eingliederungshilfe regelmäßig kumulativ von unterschiedlichen Leistungsträgern zu gewähren sind. Dem trägt Abs. 4 insoweit Rechnung, als der Träger der Eingliederungshilfe aufgrund einer Vereinbarung die Leistungen als sog. Komplexleistung erbringen soll. Allerdings fehlt ein Instrument zur Durchsetzung dieses Vertragszwangs (Eicher jM 2022, 242). Zur einheitlichen Leistungserbringung → Rn. 23 ff.

VII. Pflegeleistungen nach anderen Rechtsgrundlagen

§ 13 erfasst nicht alle Fälle des Zusammentreffens von Pflegeleistungen nach dem SGB XI und anderen Rechtsgrundlagen. Pflegeleistungen, die während eines **stationären Aufenthalts** im Krankenhaus (nach § 39 SGB V) oder einer anderen stationären Einrichtung iSd § 71 Abs. 4 erbracht werden, führen zum Ruhen der Leistungen bei häuslicher Pflege nach § 34 Abs. 2 S. 1 Hs. 2. Beim Bezug **ausländischer Pflegeleistungen** ist § 34 Abs. 1 Nr. 2 S. 2 heranzuziehen. Bei **Pflegehilfsmitteln** richtet sich die Zuständigkeit des Leistungsträgers nach § 40 Abs. 1 S. 1. Für Maßnahmen zur Förderung der **Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes** des Pflegebedürftigen kommen neben Leistungen der Pflegeversicherung nach § 40 Abs. 4 auch Hilfen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung nach § 22 SchwbAV in Betracht, für die die Integrationsämter zuständig sind. Zwar enthält auch § 22 Abs. 3 SchwbAV eine Subsidiaritätsklausel; sie greift jedoch nur ein, soweit auf die von anderer Seite zu erbringende Leistung ein Rechtsanspruch besteht oder diese tatsächlich erbracht wird. Wegen der in § 40 Abs. 4 angeordneten nur subsidiären Leistungspflicht der Pflegeversicherung dürfte die Leistung nach § 22 Abs. 3 SchwbAV vorgehen. Das Verhältnis **landesrechtlicher Pflegeleistungen** zu den Leistungen der Pflegeversicherung wird durch Ruhens- oder Anrechnungsregelungen in Landespflegegeld- bzw. Landesblindengeld-Gesetzen geregelt. Zu den Rechtsgrundlagen und Leistungsvoraussetzungen vgl. Wannagat/Eichenhofer/Trenk-Hinterberger Rn. 173–189. Auf die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI wirken sich Leistungen nach landesrechtlichen Vorschriften nicht aus. Leistungen der häuslichen Pflege nach den §§ 36, 37, 38 und 39 sind auf die **Blindenhilfe** (Blindenpflegegeld) nach § 72 SGB XII mit bis zu 70 vH anzurechnen (vgl. hierzu Schellhorn/Hohm/Scheider/Legros SGB XII § 72 Rn. 12a). Zur Anrechnung der Blindenhilfe auf das Pflegegeld nach § 64a SGB XII vgl. § 72 Abs. 1 S. 2 SGB XII. Zum Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu **beihilferechtlichen Leistungen** wegen Pflegebedürftigkeit finden sich im SGB XI folgende Regelungen: nach § 28 Abs. 2 erhalten Personen, die einen Anspruch auf Beihilfe haben und in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind (vgl. → § 22 Rn. 4) die ihnen jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte (vgl. hierzu → § 28 Rn. 5 ff.).

VIII. Pflegeleistungen durch eine Stelle (Abs. 4)

1. Pflege- und Eingliederungsleistungen durch eine Stelle

Die Vorschrift dient der Koordinierung von Leistungen der Pflegeversicherung, der Eingliederungshilfe und der sozialhilferechtlichen Hilfe zur Pflege; gegenüber dem Betroffenen soll grundsätzlich nur eine Stelle die Leistungen erbringen und die anderen gegenüber dem leistenden Träger die anteiligen Kosten erstatten. Im Kern war die Vorschrift schon in der ursprünglichen Fassung des § 13 enthalten; sie

war in der Umsetzung jedoch aus der Sicht des Bundesrates defizitär (BT-Drs. 18/9959). Mit der durch das PSG III auf Veranlassung des Gesundheitsausschusses vorgenommenen grundlegenden Neuregelung des Abs. 4 (BT-Drs. 18/10510, 106) wurde die Pflicht zur einheitlichen Leistungserbringung erheblich detaillierter und präziser gefasst. Hiernit wurde zugleich ein Vorschlag des Bundesrates (BT-Drs. 18/9959) aufgegriffen. Zuvor ordnete Abs. 4 lediglich an, dass die Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe bei einem Zusammentreffen von Pflegeleistungen mit Leistungen der Eingliederungshilfe oder mit weitergehenden Pflegeleistungen nach dem SGB XII vereinbaren sollen, dass im Verhältnis zum Pflegebedürftigen nur eine Stelle die Leistungen übernimmt und die andere Stelle die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen erstattet. Im Interesse der betroffenen Leistungsberechtigten wurde aus dieser bisherigen Soll-Vorschrift nunmehr eine Verpflichtung zum Treffen entsprechender Vereinbarungen, deren Durchsetzbarkeit allerdings nicht geregelt ist. In der Vereinbarung sind auch die betroffenen datenschutzrechtlichen Belange zu regeln, die bei einem sachgerechten Zusammenwirken der unterschiedlichen Verwaltungen betroffen sind.

- 24 Eine Vereinbarung kann grundsätzlich nur mit **Zustimmung des Leistungsberechtigten** getroffen werden. Die Ausführung der Leistungen erfolgt weiterhin nach den jeweils für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Hieraus folgt, dass die Träger die für die Ermittlung ihrer Leistungspflicht erforderlichen Maßnahmen eigenständig treffen, etwa die Pflegekasse den MDK oder andere unabhängige Gutachter nach § 18 mit der Prüfung beauftragt, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welchem Pflegegrad der Betroffene zuzuordnen ist. Erst wenn der zuständige Leistungsträger über Grund und Höhe des Leistungsanspruchs entschieden hat, hat dieser mit weiteren Leistungsträgern eine Vereinbarung nach Abs. 4 zu treffen. Inhalt der Vereinbarung sind die konkrete Durchführung der Leistungen gegenüber dem Leistungsberechtigten und die Erstattung der Kosten. Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben dabei unverändert bestehen und sind bei der Vereinbarung zu beachten. Dazu gehören auch bestehende Gestaltungsrechte im Recht der Pflegeversicherung, wonach die Pflegebedürftigen etwa bei häuslicher Pflege zwischen dem Bezug von Pflegegeld, ambulanten Pflegesachleistungen, Tagespflege oder einer Kombination aus diesen Leistungen wählen können. Unberührt bleiben auch die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte von Menschen mit Behinderungen nach dem Recht der Eingliederungshilfe. Zu beachten sind auch die übrigen leistungs- und leistungserbringerrechtlichen Vorgaben des jeweiligen Leistungssystems einschließlich von Qualitätssicherungs- und -kontrollmaßnahmen. Dies haben die betroffenen Leistungsträger ggf. in ihre Vereinbarungen einzubeziehen.

- 24a Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe haben entsprechend dem in Abs. 4 S. 5 erteilten Auftrag das Nähere zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Kostenersatzung nach S. 1 Nr. 3 und der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers nach S. 4 in der Empfehlung vom 10.4.2018 festgelegt (www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien). Hierdurch soll eine bundeseinheitliche Rechtsanwendung gefördert werden (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/rahmenvertraege_richtlinien_und_bundesempfehlungen/2018_10_15_Pflege_Empfehlungen_nach_13_Abs_4_SGB_XI.pdf).

2. Pflegekasse am Teilhabe- oder Gesamtplanverfahren beteiligt

- 24b Durch die im PSG III neu eingeführte Regelung in **Abs. 4a** sollen zur Verbesserung der Zusammenarbeit und im Interesse der Leistungsberechtigten auch die

Pflegekassen in die Durchführung eines **Teilhabe- oder Gesamtplanverfahrens** nach dem Recht der Eingliederungshilfe verpflichtend einbezogen werden, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte für ein Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe bestehen. Die Pflegekassen nehmen an dem jeweiligen Verfahren nur beratend teil. Ihre Einbeziehung dient dazu, die Vereinbarung nach Abs. 4 möglichst frühzeitig gemeinsam vorzubereiten. Die in Abs. 4b vorgeschriebene Evaluierung dient vor dem Hintergrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der geplanten Änderungen im Recht der Eingliederungshilfe dem Ziel, die künftige Entwicklung des Verhältnisses der Leistungen der Eingliederungshilfe und der Leistungen der Pflegeversicherung, zu beobachten (BT-Drs. 18/10510, 106).

IX. Keine Berücksichtigung als Einkommen (Abs. 5)

Leistungen der Pflegeversicherung werden bei der Gewährung einkommensabhängiger Sozialleistungen nicht als Einkommen berücksichtigt. Gemeint ist in erster Linie das Pflegegeld nach § 37. Soweit die private Pflegeversicherung Pflegegeld als Vertragsleistung in einer Höhe gewährt, die die für die einzelnen Pflegegrade vorgesehenen Beträge nicht übersteigt, bleibt es ebenfalls unberücksichtigt (S. 2). Die Einkommensanrechnung von Leistungen der privaten Pflegeversicherung, die über das Leistungsniveau der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen oder von anderer Art sind als die dort vorgesehenen Leistungen, richtet sich nach den Bestimmungen des jeweiligen Sozialleistungsbereichs (S. 3).

1. Einkommensabhängige Sozialleistungen

Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist: dies sind vor allem Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Wohngeld, BAföG-Leistungen; aber auch sozialversicherungsrechtliche Positionen, deren Erlangung von der Höhe des Einkommens abhängt: Familienversicherung in der GKV und in der sozialen Pflegeversicherung, Anwendung von Härtefall- oder Überforderungsklauseln nach §§ 61, 62 SGB V, Einkommensanrechnung auf Renten wegen Todes (§ 97 SGB VI, §§ 65 Abs. 3, 68 Abs. 2 SGB VII) sowie die einkommensabhängigen Sozialleistungen im sozialen Entschädigungsrecht; wie zB die Ausgleichsrente, die nach § 33 BVG um anzurechnendes Einkommen zu mindern ist.

2. Pflegegeld als Einkommen der Pflegeperson

Die **Freistellung bezieht sich** nach dem Wortlaut von Abs. 5 zunächst nur **auf den Pflegebedürftigen** selbst. Denn Leistungen der Pflegeversicherung erhält nur er, nicht aber die Pflegeperson, die ihn nicht erwerbsmäßig pflegt. Ob er das Pflegegeld ganz oder teilweise an Pflegepersonen weiterleitet, bleibt ihm überlassen. Die Spitzenverbände der Krankenkasse haben bereits zum Pflegegeld nach § 57 SGB V die Auffassung vertreten, dieses sei auch bei der Pflegeperson nicht als Einkommen zu berücksichtigen (Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkasse vom 23.8.1989, Ziff. 1 Abs. 2, Ziff. 5; s. auch Lutter BarBl. 1994, 28 (30) in Bezug auf das Pflegegeld nach § 37). Etwas anderes sollte nur gelten, wenn die Pflege im Rahmen eines zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson bestehenden Beschäftigungsverhältnisses erbracht werde. Diese Auffassung lässt sich aus Abs. 5 nicht ableiten. Eine allgemeine Freistellung kann insoweit auch den §§ 1 ff. SGB IV nicht entnommen werden.

Sinn und Zweck der Freistellungsregelung sprechen für eine **Ausdehnung auf das** an die nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson **weitergereichte Pflegegeld** (Wannagat/Eichenhofer/Trenk-Hinterberger Rn. 170 f.; LPK-SGB XI/Kruse

Rn. 38; Jung, Die neue Pflegeversicherung, Sozialgesetzbuch XI, 1995, Rn. 155). Die gegenteilige Auffassung (Schellhorn NDV 1995, 54 (58 f.); → 1. Aufl. 1996, Rn. 19 f.) kann sich allerdings neben der Gesetzesbegründung („Leistungen der Pflegeversicherung sind kein Einkommen des Pflegebedürftigen“, vgl. BT-Drs. 12/5262, 94) auch auf die Tatsache berufen, dass der Gesetzgeber sich veranlasst sah, diese Frage für den speziellen Bereich der Arbeitslosenhilfe ausdrücklich zu regeln (so auch Wannagat/Eichenhofer/Trenk-Hinterberger Rn. 171). Nach § 11 S. 1 Nr. 7 AlhIVO (vom 27.6.1995, BGBl. I 902) galten die nicht steuerpflichtigen Einnahmen einer Pflegeperson für Leistungen zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung nicht als Einkommen. Dieser Regelung hätte es nicht bedurft, wenn man von einer Einbeziehung des weitergereichten Pflegegeldes ausgegangen wäre (s. auch Hauck/Noftz/Wagner Rn. 57). Andererseits hat die verwaltungsgerichtliche Rspr. das an Angehörige weitergereichte Pflegegeld nach § 69 BSHG aF stets nicht als Einkommen berücksichtigt (vgl. BVerwG 4.6.1992 – 5 C 82/88, BVerwGE 90, 217 (219) = BeckRS 1992, 2796), weil der Pflegebedürftige durch die Weiterleitung an die grundsätzlich unentgeltlich tätigen Pflegepersonen aus seinem unmittelbaren Umfeld diesen gegenüber lediglich seinen Dank für die geleistete Hilfe ausdrücke. Diese Erwägung trifft auch auf das Pflegegeld nach § 37 zu, das auch nach der Vorstellung des Gesetzgebers in erster Linie als Anerkennung der ehrenamtlich geleisteten Hilfe anzusehen ist und zugleich die Motivation der pflegenden Angehörigen steigern soll. Für das Sozialhilferecht ist die Überlegung durchschlagend, dass von einer Anrechnung des weitergeleiteten Pflegegeldes als Einkommen der Pflegeperson in den Fällen, in denen der Pflegebedürftige mit der Pflegeperson eine Einsatzgemeinschaft iSd § 19 SGB XII bildet, letztlich auch der Pflegebedürftige getroffen würde, weil die Anrechnung den sozialhilferechtlichen Bedarf der Gemeinschaft minderte.

3. Pflegegeld als Einnahme iSd EStG

- 29 Für den Pflegebedürftigen selbst sind einkommensteuerrechtlich Einnahmen für Leistungen zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung gem. § 3 Nr. 36 EStG bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 steuerfrei, wenn diese Leistungen von Angehörigen oder von Personen erbracht werden, die damit eine sittliche Pflicht iSd § 33 Abs. 2 EStG gegenüber dem Pflegebedürftigen erfüllen (Hauck/Noftz/Wagner Rn. 57c). Bei pflegenden Angehörigen ist nach der ständigen Rspr. des BFH (21.3.2002 – III R 42/00, BStBl. II 2002, 417 = BeckRS 2002, 24000751 sowie BFH 17.7.2008 – III R 98/06, BFH/NV 2009, 131 = BeckRS 2008, 25014197) zu differenzieren: verwendet die Pflegeperson an sie weiter geleitetes Pflegegeld ausschließlich dazu, Aufwendungen des Pflegebedürftigen zu bestreiten, so stellt das Pflegegeld bei ihr keine Einnahme dar. Verwendet sie das Pflegegeld dagegen auch für eigene Zwecke, so hat sie insoweit Einnahmen.

X. Pflegegeld und Unterhaltsrecht (Abs. 6)

- 30 Die Berücksichtigung des an eine Pflegeperson weitergeleiteten Pflegegeldes bei Unterhaltsansprüchen und -verpflichtungen der Pflegeperson ist durch die Anfügung von Abs. 6 im 4. SGB XI-ÄndG neu geregelt worden. Die zivilrechtliche Rspr. war zuvor überwiegend davon ausgegangen, dass das vom Pflegebedürftigen an die Pflegeperson weiter geleitete Pflegegeld im Rahmen unterhaltsrechtlicher Beziehungen stets zu Lasten der Pflegeperson zu berücksichtigen sei; dh ihre Unterhaltsfähigkeit steigerte bzw. ihren Unterhaltsbedarf minderte. Nach Auffassung des Gesetzgebers war dies mit dem sozialpolitischen Anliegen, die häusliche Pflege zu fördern und die Pflegebereitschaft und -fähigkeit im häuslichen Bereich zu stärken,

nicht vereinbar (BT-Drs. 14/407, 4). Das Pflegegeld bleibt jedoch nicht generell bei der Bemessung des Unterhaltsbedarfs bzw. der Unterhaltsfähigkeit unberücksichtigt. Der Gesetzgeber hatte vor allem folgende Fälle im Blick: der Unterhaltsanspruch der getrenntlebenden oder geschiedenen Ehefrau, die ein gemeinsames behindertes Kind pflegt, gegen ihren (früheren) Ehemann soll nicht deshalb gemindert werden, weil sie wegen der Pflege des Kindes Pflegegeld erhält. Das Pflegegeld soll auch dann nicht als Einkommen berücksichtigt werden, wenn der Pflegeperson eine Erwerbstätigkeit nicht zumutbar ist oder die Pflege neben einer Erwerbstätigkeit geleistet wird, zu der die Pflegeperson unterhaltsrechtlich nur dann verpflichtet wäre, wenn die Pflege Tätigkeit unberücksichtigt bliebe (vgl. BT-Drs. 14/407, 4). Abs. 6 beschränkt sich jedoch nicht auf diese Fälle und schließt sie andererseits auch nicht generell aus. Der Ausschluss der Anrechnung gilt insbesondere nicht für Fälle, in denen der Unterhaltsanspruch aus anderen Gründen ganz oder teilweise ausgeschlossen ist (Verweisung auf §§ 1361 Abs. 2, 1579 und 1611 Abs. 1 BGB).

Abs. 6 S. 2 enthält eine sehr differenzierte Lösung, die entweder auf Besonderheiten der Unterhaltsbeziehung (Nr. 1) oder auf die Zumutbarkeit der Deckung des Unterhaltsbedarfs durch eigene Einkünfte (Nr. 2) abstellt. Der Ausschluss der Berücksichtigung des Pflegegeldes gilt nicht für die Unterhaltsverpflichtung einer Pflegeperson gegenüber ihren minderjährigen unverheirateten Kindern (§ 1603 Abs. 2 BGB) sowie für Unterhaltsansprüche von Pflegepersonen, die aus Billigkeitsgründen beschränkt oder ausgeschlossen sind. § 1361 Abs. 3 BGB betrifft den Unterhaltsanspruch unter getrenntlebenden Ehegatten, § 1579 BGB den Unterhaltsanspruch unter geschiedenen Ehegatten, § 1611 Abs. 1 BGB allgemein die Beschränkung bzw. den Wegfall des Unterhaltsanspruchs aus Billigkeitsgründen. S. 2 Nr. 2 stellt allgemein darauf ab, ob es der Pflegeperson zuzumuten ist, ihren Unterhaltsbedarf ganz oder teilweise durch eigene Einkünfte zu decken. Dies gilt allerdings nicht, wenn der Unterhaltsverpflichtete mit dem Pflegebedürftigen in gerader Linie verwandt ist. Die in Abs. 6 in Bezug genommenen unterhaltsrechtlichen Regelungen normieren abschließend die Voraussetzungen, unter denen ein weitergeleitetes Pflegegeld zulasten der Pflegeperson unterhaltsrechtlich anzurechnen ist (BGH 1.3.2006 – XII ZR 157/03, NJW 2006, 2182).

Die Sonderbehandlung im Rahmen unterhaltsrechtlicher Beziehungen erfasst das Pflegegeld nach § 37 und **vergleichbare Geldleistungen**, die an die Pflegeperson weitergeleitet werden. Die Regelung bezieht sich damit auf alle Geldleistungen, die dem Pflegebedürftigen für pflegebedingten Mehraufwand gewährt werden. Hierzu zählen vor allem das Pflegegeld nach § 64 SGB XII und Geldleistungen, die nach § 65 SGB XII als andere Leistungen gewährt werden; ferner die Pflegezulage nach § 35 BVG und Pflegegeld nach § 44 Abs. 2 SGB VII.

Zweites Kapitel. Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten, Begriff der Pflegeperson

Vorbemerkungen zu §§ 14 bis 19

Übersicht

	Rn.
I. Leistungsberechtigter Personenkreis	1
II. Feststellung von Pflegebedürftigkeit	2
1. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff	2
2. Neues Begutachtungsinstrument	4
3. Bewertungssystematik	8
III. Richtlinien/Verordnungsermächtigung	11
IV. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	12
V. Begriff der Pflegepersonen	13

I. Leistungsberechtigter Personenkreis

- 1 Das Zweite Kapitel (§§ 14–19) regelt den leistungsberechtigten Personenkreis. Der Sache nach handelt es sich um Vorschriften über den Versicherungsfall der Pflegebedürftigkeit. Dieser wird vor allem in den §§ 14 und 15 sowie den mit dem PSG II eingefügten Anhängen 1 und 2 zu § 15 festgelegt. Diese Vorschriften, die mit dem PSG II mWv 1.1.2017 grundlegend neugestaltet worden sind, bilden den Kern des SGB XI und wegen der Bindung der privaten Pflegeversicherung an die dort aufgestellten Vorgaben (§ 23 Abs. 6 Nr. 1) der gesamten Pflegeversicherung.

II. Feststellung von Pflegebedürftigkeit

1. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

- 2 § 14 i d F des PSG II enthält die neue Definition von Pflegebedürftigkeit als Leistungsvoraussetzung der Pflegeversicherung. Sie soll eine umfassende Berücksichtigung von krankheits- oder behinderungsbedingten Einschränkungen jenseits der medizinischen Interventionen, die der Krankenversicherung zuzuordnen sind, sicherstellen. Die enge Bindung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit an den Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen, wie sie bis zum 31.12.2016 in § 14 normiert war, wurde aufgegeben. An die Stelle der Ermittlung des früher maßgebenden zeitlichen Hilfebedarfs bei bestimmten, in § 14 Abs. 4 abschließend aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens tritt nunmehr eine detaillierte Analyse menschlicher Fähigkeiten und Verhaltensweisen, deren Gesamtergebnis das Ausmaß der Beeinträchtigung von Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten bzw. bei der Gestaltung von Lebensbereichen und damit zugleich das Ausmaß des Angewiesenseins auf fremde personelle Hilfe aufzeigen soll. Die Bemessung des Unterstützungsbedarfs auf der Grundlage einer umfassenden Bewertung aller körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen, die der Betroffene nicht selbständig kompensieren oder bewältigen kann (so § 14 Abs. 1 S. 2), stellt einen grundlegenden Paradigmenwechsel dar.

Maßgebend ist nicht mehr die erforderliche Pflegezeit oder die Häufigkeit bzw. der Rhythmus von Hilfeleistungen, wie dies nach § 15 SGB XI aF der Fall war. Abgestellt wird vielmehr allein auf den Grad der Selbstständigkeit bzw. die Beeinträchtigung von Fähigkeiten bei der Durchführung von Aktivitäten oder bei der Gestaltung von Lebensbereichen, die im Einzelnen in § 14 Abs. 2 abschließend aufgeführt sind. Das Ausmaß des Hilfebedarfs ist von Gutachtern auf der Grundlage eines außerordentlich differenzierten Begutachtungsinstruments zu ermitteln, das nur in Ansätzen in § 15 geregelt ist. Die Details sind zwei Anlagen zu § 15 zu entnehmen.

2. Neues Begutachtungsinstrument

Das neue Begutachtungsassessment gibt zwar den bisher praktizierten engen Ver- richtungsbezug auf, verzichtet aber nicht auf einen Orientierungsrahmen, der die für die menschliche Existenz maßgebenden Aktivitäten und Lebensbereiche katalog- mäßig erfasst und in insgesamt 6 Module (in § 14 „Bereiche“ genannt) unterteilt ist. Der **Katalog hat abschließenden Charakter**. Die Module 1 und 4 enthalten aus dem bisherigen System bekannte Aktivitäten wie etwa die Mobilität (§ 14 Abs. 2 Nr. 1) und die sog. Selbstversorgung (§ 14 Abs. 2 Nr. 4). Unter dem Begriff „Selbst- versorgung“ sind, mit Ausnahme der gesondert aufgeführten Mobilität, alle Verrich- tungen zu verstehen, die bislang in § 14 Abs. 4 aF aufgeführt waren. Der Katalog der einzelnen in diesem Modul aufgeführten Aktivitäten ist im Wesentlichen aus dem bisherigen System bekannt. Er umfasst die Bereiche Körperpflege, An- und Auskleiden, Ernährung und Ausscheiden; die maßgebenden Fähigkeiten sind aller- dings abweichend vom früheren Verrichtungskatalog definiert.

Eine grundlegende Änderung soll dagegen durch die Einbeziehung von **Einschrän- kungen bei kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten**, von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sowie bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte in den Modulen 2, 3 und 6 sowie mit der Einbeziehung des Kriteriums „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ (Modul 5) erreicht werden. Kognitive Einbußen können einen umfangreichen Unter- stützungsbedarf nach sich ziehen, der die Begleitung in der gesamten Lebensführung umfasst. Sie sind insbesondere für die Berücksichtigung des Bedarfs an psychosozialer Unterstützung von Bedeutung, der bislang unter dem Stichwort „allgemeine Beauf- sichtigung und Betreuung“ beschrieben wurde. Im Detail zählt hierzu etwa die örtliche und zeitliche Orientierung, das Erkennen-Können von Personen aus dem persönlichen Umfeld sowie von Risiken und Gefahren, ferner die Fähigkeit, Sachverhalte und Infor- mationen zu verstehen und im Alltagsleben Entscheidungen treffen zu können (Modul 2). Unter „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ (Modul 3) sind vor allem Auffälligkeiten bei demenziell erkrankten Personen zu verstehen, etwa motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoag- gressives Verhalten sowie Wahnvorstellungen und Ängste.

Neu ist auch die Berücksichtigung der (noch) vorhandenen oder verlorenen **Fähig- keiten bei der Bewältigung von Krankheitserscheinungen** und beim Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen. Hierdurch soll keine neue Schnitt- stelle zur Leistungspflicht der GKV nach § 37 Abs. 2 SGB V im Rahmen der häuslichen Krankenpflege begründen. Es wird vielmehr nur der Erkenntnis Rechnung getragen, dass der Aufwand an personeller Hilfe in diesem Bereich maßgebend von den noch vorhandenen kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten des Hilfebedürftigen abhängt. Unter „Selbstständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ ist daher nicht der Bedarf an behandlungspflegeri- schen Maßnahmen zu verstehen. Diese verbleiben im Zuständigkeitsbereich der GKV. Es geht hier vielmehr um Maßnahmen und Handlungen, die prinzipiell von erkrankten Personen eigenständig durchgeführt werden, sofern sie über die dazu nötigen Ressour- cen verfügen, dh über körperliche und kognitive Fähigkeiten, spezifische Fertigkeiten,

Motivation, Kenntnisse und anderes mehr. Konkret geht es etwa um Injektionen, Verbandwechsel, Medikation, Einreibungen, Messung und Deutung von Körperzuständen sowie den Umgang mit Hilfsmitteln.

- 7 Die Berücksichtigung des Grades der Selbständigkeit bei der Bewältigung von Krankheitserscheinungen kann eine im bisherigen System bestehende Lücke im Bereich der **Schnittstelle von Kranken- und Pflegeversicherung** schließen, die vor allem zu einer Benachteiligung langzeitkranker und behinderter Kinder führte: bei ihnen wurden die im Zusammenhang mit behandlungspflegerischen Maßnahmen erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen der Angehörigen vom bisherigen System gänzlich negiert, obwohl die GKV mit der Subsidiaritätsklausel in § 37 Abs. 3 SGB V die Angehörigen bei häuslicher Krankenpflege in die Pflicht nimmt. Durch die Berücksichtigung der (noch) vorhandenen oder der verlorenen Fähigkeiten bei der Bewältigung von Krankheitserscheinungen und beim Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen kann dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der Umfang an personeller Hilfe in diesem Bereich maßgebend davon abhängt, ob und ggf. über welche Fähigkeiten der Hilfebedürftige verfügt. Defizite bei der Gestaltung des Alltagslebens und von sozialen Kontakten wurden vom bisherigen System der Erfassung des Pflegebedarfs ebenfalls weitgehend ausgeklammert.

3. Bewertungssystematik

- 8 Die Einzelkriterien aller Module werden je nach individueller Ausprägung mit Punkten bewertet (vgl. im Einzelnen → § 15 Rn. 7 ff.). Die Bewertungen aller Bereiche fließen allerdings nicht ungefiltert in eine Tabelle der Bedarfsgrade ein. Es findet vor allem nicht lediglich eine Addition aller Einzelpunktwerte statt. Ausgehend von empirischen pflegefachlichen Erkenntnissen, die etwa bei der Untersuchung des Pflegebedarfs von Heimbewohnern gewonnen wurden, wird eine Gewichtung vorgenommen, die insbesondere das Ziel hat, den Pflege- und Betreuungsaufwand bei Personen mit körperlichen Einschränkungen einerseits und Personen mit kognitiv/psychischen Beeinträchtigungen bzw. Fähigkeitsstörungen andererseits sachgerecht und ausgewogen zu berücksichtigen. So wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass die Module „Selbstversorgung“ und „Mobilität“ in etwa die heutigen Aktivitäten abdecken, die bislang für die Bemessung von Leistungsansprüchen relevant waren. Sie haben für die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit weiterhin zentrale Bedeutung und sollen insgesamt ein Gewicht von 50 % (Selbstversorgung 40 % und Mobilität 10 %) haben. Den Bereichen „Kognition und Verhalten“ einerseits und „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ andererseits wird ein Anteil von jeweils 15 % eingeräumt. Schließlich wird der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen mit 20 % gewichtet. Die Gewichtung wird dadurch umgesetzt, dass der in jedem Modul aus allen Einzelkriterien ermittelten Gesamtpunktzahl nach Anlage 2 zu § 15 gewichtete Punkte zugeordnet werden. Die Anlage 2 enthält eine Tabelle mit nach Schweregraden unterteilten Punktebereichen, denen die beim Betroffenen ermittelten Punkte eines Moduls zugeordnet werden; für jeden Punktebereich wird ein gewichteter Punktwert ausgewiesen. Aus der Summe der gewichteten Punkte ergibt sich dann der Pflegegrad.
- 9 Im Schrifttum wird dieses Vorgehen des Gesetzgebers von Pfitzner (BeckOK SozR/Pfitzner § 14 Überblick aE) moniert. Die dem neuen Bewertungssystem zugrundeliegenden Maßstäbe seien nicht hinreichend offengelegt worden. Pfitzner bestreitet, dass der durch das neue Begutachtungsinstrument ermittelte Pflegegrad zumindest typisierend Rückschlüsse auf das quantitative Ausmaß des Kompensationsbedarfs und des für die Pflege erforderlichen Zeitbedarfs zulasse. Ermittelt würden lediglich Schweregrade von Beeinträchtigungen, die eine Grundlage für Ausgleichsleistungen bildeten (BeckOK SozR/Pfitzner Rn. 52). Bestritten wird damit,

dass das neue Bewertungssystem den durch Hilfeleistungen entstehenden Kostenaufwand für zusätzliche Bedarfe des Pflegebedürftigen zutreffend ermittelt. Eine vergleichbar grundlegende Kritik ist ansonsten nicht ersichtlich. Soweit Pfitzner darauf verweist, dass der Gesetzgeber selbst eingeräumt habe (BT-Drs. 18/9518, 90), dass aus dem Ergebnis der Feststellung der Pflegebedürftigkeit keine unmittelbaren Rückschlüsse auf den notwendigen Bedarf der Pflegebedürftigen an pflegerischen Leistungen möglich seien, verkennt er, dass damit allein die konkret notwendigen Hilfeleistungen gemeint waren. Der Gesetzgeber hat allerdings nie in Zweifel gezogen, dass das Ergebnis der Bewertung von Selbstständigkeitsdefiziten und Einschränkungen von Fähigkeiten, das in der Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad zum Ausdruck kommt, zumindest typisierend innerhalb der Leistungsgrenzen eine Kompensation der in unterschiedlicher Höhe eintretenden pflegebedingten Mehrkosten darstellt.

Rechtsprechung zum Bewertungssystem ist unmittelbar nur aus der ersten Instanz vorhanden. Das SG Karlsruhe hat mehrfach Entscheidungen erlassen, in denen der überaus komplexe Aufbau des neuen Begutachtungsinstruments dargestellt und die von der Pflegekasse vorgenommene Zuordnung zu einem Pflegegrad detailliert überprüft wird (SG Karlsruhe 10.9.2019 – S 11 P 1068/18, BeckRS 2019, 28171; 24.3.2020 – S 11 P 4440/18, BeckRS 2020, 8382). Die Orientierung der Einstufungsentscheidungen an den zumeist sehr detaillierten Begutachtungs-Richtlinien (BRi idF v. 22.3.2021, → § 14 Rn. 8) ist von den Sozialgerichten bislang nicht beanstandet worden. In der Tendenz ist dies auch einem Beschluss des 3. Senats des BSG (16.4.2020 – B 3 P 1/20 BH, BeckRS 2020, 10000) zu entnehmen, der die Ablehnung der Gewährung von PKH betraf. Für den Senat war weder eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung noch eine Möglichkeit der Geltendmachung eines Verfahrensfehlers ersichtlich; der gerichtliche Sachverständige habe den medizinisch-pflegerischen Sachverhalt auf der Basis der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes ausgewertet und plausibel bewertet.

III. Richtlinien/Verordnungsermächtigung

§ 16 enthält eine Verordnungsermächtigung des BMAS, von der nur Gebrauch gemacht werden soll, wenn die unter Beteiligung der in § 17 Abs. 1 S. 2 aufgeführten sachkundigen Institutionen vom Medizinischen Dienst Bund erlassenen **Richtlinien** die Aufgabe, durch pflegefachliche Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie durch Vorgaben zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, nicht sachgerecht lösen; wobei auch die Richtlinien schon der Genehmigung durch das für die Pflegeversicherung zuständige Bundesministerium bedürfen. Eine Verordnung nach § 16 ist bislang nicht erlassen worden. Zur **Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung**, der Grundvoraussetzung für einen am Gleichheitssatz orientierten Gesetzesvollzug, wurde den Spitzenverbänden der Pflegekassen in § 53a S. 1 Nr. 2 ein weiterer Richtlinien-Auftrag erteilt. Die Richtlinien sind für die Pflegekassen und den Medizinischen Dienst verbindlich. Es handelt sich zwar lediglich um Verwaltungsbinnenrecht, das insbesondere die Gerichte nicht bindet. Doch soweit sie mit den gesetzlichen Vorgaben in Einklang stehen, können die Richtlinien im Interesse der Gleichbehandlung der Versicherten bindende Wirkung entfalten, weil die Verwaltungspraxis sich an ihnen orientiert. Hierbei billigt die Rechtsprechung dem Richtliniengeber einen Beurteilungsspielraum zu und subsumiert unter die gesetzeskonformen Richtlinien wie unter Außenrechtsnormen (jurisPK-SGB XI/Mießing § 14 Rn. 77).

IV. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

- 12 Das in seinen Grundzügen in § 18 geregelte Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit weist dem Medizinischen Dienst (MD) bzw. anderen Gutachtern, die von der Pflegekasse beauftragt werden können, eine zentrale Stellung zu. Ohne Einschaltung eines Gutachters darf die Pflegekasse grundsätzlich nicht entscheiden, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind bzw. welchem Pflegegrad der Antragsteller zuzuordnen ist; vorrangig hat der Gutachter über Reha-Möglichkeiten zu befinden (§ 18 Abs. 1 und 5).

V. Begriff der Pflegepersonen

- 13 § 19 definiert den Begriff der Pflegeperson, der in verschiedenen Vorschriften des SGB XI verwandt wird und stellt klar, dass darunter nur die nichterwerbsmäßige Pflegekraft zu verstehen ist, nicht dagegen die bei einer Pflegeeinrichtung iSv § 71 angestellte Pflegekraft. Leistungen zur sozialen Sicherung nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegeperson sind in § 44 geregelt; Übergangsregelungen hierzu finden sich in § 141.

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

**Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettensitzes, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außerge-
wöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;**

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Definition der Pflegebedürftigkeit (Abs. 1)	4
IV. Pflegebedürftigkeit auf Dauer (Abs. 1 S. 3)	6
V. Maßgebliche Kriterien (Abs. 2)	8
1. Vergleich mit dem bisherigen Bewertungssystem	9
2. Maßgebliche Bereiche	10a
a) Mobilität (Nr. 1)	11
b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Nr. 2)	13
c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Nr. 3)	14
d) Selbstversorgung (Nr. 4)	16
e) Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Nr. 5)	18
f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Nr. 6)	19
VI. Fähigkeiten zur Haushaltsführung (Abs. 3)	21

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.2017 durch Art. 2 PSG II eingeführt worden. Sie entspricht weitestgehend dem RegE (BT-Drs. 18/5926, 107 ff.), bis auf geringfügige sprachliche Änderungen durch den 14. Ausschuss (BT-Drs. 18/6688, 53 f.). § 14 idF von Art. 1 PflegeVG, der den Begriff der Pflegebedürftigkeit in der Zeit vom 1.1.1995 bis 31.12.2016 festlegte, ist damit außer Kraft getreten. Zum Übergangsrecht vgl. insbesondere § 140.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift enthält die für die Pflegeversicherung maßgebende Definition des **neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit** (zum Gesamtkonzept vgl. auch → Einl. Rn. 33 ff.), die mit Definitionen von Pflegebedürftigkeit in anderen Gesetzen nicht übereinstimmt (vgl. die Übersicht bei Hauck/Noftz/Wagner Rn. 6 ff.). Eine Vereinheitlichung wurde im PSG III lediglich mit der sozialhilferechtlichen „Hilfe zur Pflege“ (§ 61 SGB XII) erreicht. Abs. 1 legt die grundlegenden Kriterien für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit fest: gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die einen Hilfebedarf begründen. **Körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen** sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen werden **gleichrangig** berücksichtigt, soweit der Betroffene sie nicht selbständig kompensieren oder bewältigen kann. Hierin liegt der grundlegende Unterschied zum ursprünglichen Begriff der Pflegebedürftigkeit, der § 14 idF von Art. 1 PflegeVG zugrunde lag und in der Zeit vom 1.1.1995 bis 31.12.2016 als Leistungsvoraussetzung der Pflegeversicherung maßgebend war (→ Vor §§ 14–19 Rn. 2). Dieser stellte vorrangig auf somatisch bedingte Einschränkungen ab, da er nur den Hilfebedarf bei der Ausführung der alltäglichen Verrichtungen erfasste. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff vor allem die Ermittlung des Hilfebedarfs von Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen verbessert und ihnen dadurch einen gleichrangigen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung verschafft. Zugleich entfällt durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die Notwendigkeit, eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz zu erfassen, wie dies nach dem bis Ende 2016 geltenden Recht (§ 45a) der Fall war, um die Gerechtigkeitslücke zwischen somatisch und kognitiv betroffenen Hilfebedürftigen zu kompensieren.
- 3 Abs. 2 enthält einen Katalog mit sechs Bereichen (Module), in denen der Schweregrad der individuellen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt wird. Hierbei handelt es sich um einen abschließenden Katalog der Kriterien, die für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit maßgebend sind. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten werden nur berücksichtigt, soweit sie einem der im Katalog aufgeführten Bereiche zugeordnet werden können. Bei der Entwicklung des neuen Begutachtungsinstruments (→ Rn. 8), das die Grundlage des Katalogs in Abs. 2 bildet und mit diesem untrennbar verbunden ist, sind die Pflegewissenschaftler allerdings davon ausgegangen, dass der Katalog die für die allgemeine Lebensführung maßgebenden Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Beeinträchtigungen umfassend widerspiegelt.

III. Definition der Pflegebedürftigkeit (Abs. 1)

- 4 Abs. 1 enthält die Definition von Pflegebedürftigkeit als Voraussetzung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung. Pflegebedürftig sind danach nur solche Personen, die aufgrund von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen in ihrer Selbst-

ständigkeit oder ihren Fähigkeiten eingeschränkt sind und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen bzw. gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen werden gleichermaßen berücksichtigt. Der Hilfebedarf muss aus den in Abs. 2 beschriebenen Kriterien abzuleiten sein; andere Ursachen für einen Hilfebedarf bleiben außer Betracht. Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-) Umfeld zu ermitteln (BT-Drs. 18/5926, 109). Dies bedeutet, dass Beeinträchtigungen unabhängig davon zu berücksichtigen sind, ob sie sich im Wohnumfeld des Betroffenen konkret auswirken oder nicht. Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen sind allerdings nur dann relevant, wenn der Betroffene sie nicht selbständig kompensieren oder bewältigen kann; uU auch durch den Einsatz eines Hilfsmittels. Der Hilfebedarf muss zudem, wie bisher, dauerhaft, dh für voraussichtlich mindestens sechs Monate bestehen (→ Rn. 6) und mindestens den in § 15 festgelegten Schweregrad erreichen (Abs. 1 S. 3); dh pflegebedürftig ist nur, wer zumindest die für den Pflegegrad 1 erforderliche Gesamtpunktzahl von 12,5 erreicht.

Aus dem Vorliegen bestimmter Krankheiten oder Behinderungen kann nicht geschlossen werden, dass für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit maßgebende Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten bestehen. Abzustellen ist vielmehr allein auf die in Abs. 2 aufgeführten Kriterien in den in § 15 einschließlich der Anhänge 1 und 2 aufgeführten Ausprägungen. Wie bereits nach dem früheren Rechtszustand kann Pflegebedürftigkeit auch nicht daraus abgeleitet werden, dass die **Schwerbehinderteneigenschaft** (§ 69 SGB IX) oder die Voraussetzungen von **Hilflosigkeit** im Sinne des Schwerbehinderten-, Versorgungs- oder Einkommenssteuerrechts festgestellt sind (vgl. hierzu BSG 14.12.1994 – 3 RK 14/94, SozR 3–2500 § 53 Nr. 8 = BeckRS 1994, 30752365).

IV. Pflegebedürftigkeit auf Dauer (Abs. 1 S. 3)

Der Eintritt des Versfalls setzt voraus, dass Pflegebedürftigkeit auf Dauer besteht. Als dauerhaft sieht das Gesetz einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens 6 Monaten an. Dies bedeutet jedoch nicht, dass eine Entscheidung über das Bestehen von Leistungsansprüchen erst nach Ablauf von 6 Monaten getroffen werden kann. Die Pflegekasse hat über diese Voraussetzung vielmehr auf der Grundlage einer **Prognose** des medizinischen Dienstes zu entscheiden. Das Merkmal der Dauerhaftigkeit ist auch dann erfüllt, wenn der Pflegebedarf nur deshalb nicht über 6 Monate hinaus besteht, weil der Betroffene nur noch eine **geringere Lebenserwartung** hat. Die Sechs-Monatsfrist beginnt mit dem Eintritt von Hilfebedürftigkeit; der Zeitpunkt der Antragstellung oder der Begutachtung ist dagegen unerheblich. Der Anspruch besteht auch dann, wenn sich entgegen der ursprünglichen Prognose bei Antragstellung nachfolgend herausstellt, dass Pflegebedürftigkeit bereits nach weniger als sechs Monaten nicht mehr besteht. Ein zwischenzeitlich ergangener Leistungsbescheid wird jedenfalls nicht rückwirkend rechtswidrig; maßgebend bleibt insoweit die ursprüngliche Prognose (BSG 17.3.2005 – B 3 P 2/04 R, SozR 4–3300 § 14 Nr. 6 = NZS 2006, 40).

Pflegebedarf auf Dauer bei Änderung des Schweregrades der Beeinträchtigungen. Auf der Grundlage des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs wirkte sich das Erfordernis der Dauerhaftigkeit auch auf die **Zuordnung zu einer der Pflegestufen** aus. Zwar verlangte das Gesetz die Dauerhaftigkeit ausdrücklich nur für die Annahme, dass überhaupt Pflegebedürftigkeit besteht, wenn auch auf niedrigster Stufe. Nach Auffassung des BSG (19.2.1998 – B 3 P 7/97 R, SozR 3–3300 § 15 Nr. 1 = NZS 1998, 479) bestand jedoch kein sachlicher Grund, für die Erfüllung der Mindestvoraussetzungen Dauerhaftigkeit zu fordern, für die Einstufung in eine

höhere Pflegestufe hingegen nicht. Diese Auffassung wird man auch in Bezug auf die Zuordnung zu Pflegegraden nach neuer Rechtslage vertreten müssen, denn Abs. 1 S. 3 i d F des PSG II enthält insoweit keine Änderung. Tritt die Prognose nicht ein, so besteht für die Vergangenheit ein Anspruch auf Zugunstenbescheid gem. § 44 Abs. 1 SGB X nur dann, wenn der **Prognose** unrichtige Tatsachen zugrunde gelegt wurden oder die Prognose aus medizinisch-pflegewissenschaftlicher Sicht nicht haltbar war. Es genügt dagegen nicht, wenn sich lediglich die jeder Prognose innewohnende Unsicherheit über den künftigen Geschehensablauf realisiert (vgl. Schulin PV-HdB/Kummer § 13 Rn. 49). Dies gilt auch für den umgekehrten Fall, dass entgegen der Prognose bei Antragstellung die Voraussetzungen eines höheren Pflegegrades nur für weniger als sechs Monate bestehen. Ein entsprechender Leistungsbescheid ist nur dann gem. § 45 SGB X aufzuheben, wenn bei der Prognose von einem unzutreffenden Sachverhalt ausgegangen wurde (BSG 17.3.2005 – B 3 P 2/04 R., SozR 4–3300 § 14 Nr. 6 = NZS 2006, 40; vgl. auch BSG 19.2.1998 – B 3 P 7/97 R., SozR 3–3300 § 15 Nr. 1 = NZS 1998, 479). Prognostiziert der Sachverständige einen abnehmenden Schweregrad der Beeinträchtigungen für den Fall, dass der Pflegebedürftige bestimmte Therapien durchführt, so fehlt es an der Dauerhaftigkeit nur dann, wenn die Durchführung der empfohlenen Therapie ohne weiteres zumutbar ist.

V. Maßgebliche Kriterien (Abs. 2)

- 8 Abs. 2 enthält sechs Bereiche, in denen der Schweregrad der individuellen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zu ermitteln ist. In jedem Bereich werden jeweils artverwandte Kriterien aufgeführt oder ein Lebensbereich beschrieben. Hierbei handelt es sich um einen abschließenden Katalog der zu berücksichtigenden Kriterien für die Ermittlung des Schweregrades der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Die Bewertung des Schweregrades richtet sich nach dem Begutachtungsinstrument, das in § 15 Abs. 2 und den Anlagen 1 und 2 geregelt ist (vgl. → § 15 Rn. 7 ff.). Nach Auffassung des Gesetzgebers ist der abschließende Charakter des Katalogs erforderlich, weil die Zuordnung zu unterschiedlichen Leistungsgruppen (Pflegegraden) aus einer Gesamtschau aller zu berücksichtigenden Bereiche und Kriterien abgeleitet wird. Die Kriterien der Bereiche des Abs. 2 sind auf der Grundlage pflegefachlicher Studien (vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.), Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Endberichte der Modellprojekte und Erprobungsstudien zum Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, 2011) zusammengestellt und evaluiert worden. In § 17 hatte der Gesetzgeber ursprünglich dem GKV-Spitzenverband zudem den Auftrag erteilt, die Inhalte des Begutachtungsinstruments und damit auch die in Abs. 2 aufgeführten maßgebenden Kriterien in Richtlinien pflegefachlich zu konkretisieren. Dieser Auftrag wurde im MDK-Reformgesetz (vom 14.12.2019, BGBl. I 2789) auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen. Vgl. die aktuelle Fassung der Begutachtungs-Richtlinien (BRi) vom 29.9.2023 (in Kraft getreten am 18.11.2023) (www.md-bund.de/richtlinien-publikationen).

1. Vergleich mit dem bisherigen Bewertungssystem

- 9 Der Bereich **Mobilität** (Nr. 1) ist wie derjenige der **Selbstversorgung** (Nr. 4) inhaltlich mit den vom alten Bewertungssystem erfassten Bereichen des § 14 Abs. 4 in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung vergleichbar. Die Bereiche **kognitive und kommunikative Fähigkeiten** (Nr. 2) und **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** (Nr. 3) beinhalten Kriterien, die bisher mit teilweise abweichenden Definitionen im Rahmen der Feststellung einer erheblich eingeschränkten

Alltagskompetenz nach § 45a aF erfasst wurden. Auch hieraus wird deutlich, dass ein gesondertes Feststellungsverfahren nach § 45a unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entbehrlich ist. Der Bereich Bewältigung von und selbständiger **Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen** und Belastungen (Nr. 5) erfasst Kriterien, die auf der Grundlage des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht berücksichtigt wurden. Der Grad der bestehenden oder fehlenden Fähigkeiten beim Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen bestimmt jedoch in erheblichem Maße Umfang und Aufwand der pflegerischen Versorgung und darf von daher bei der Bewertung des Grades der Pflegebedürftigkeit nicht unberücksichtigt bleiben. Dieser Aspekt berührt aber in keiner Weise die Leistungspflicht der GKV für Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege bzw. der Behandlungspflege nach § 37 SGB V; insoweit bleibt der in § 13 Abs. 2 festgelegte Vorrang der GKV uneingeschränkt bestehen.

Der Bereich **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** (Nr. 6) 10 wurde auf der Grundlage des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs grundsätzlich als Betreuung und allgemeine Beaufsichtigung qualifiziert, die über die konkrete Anleitung und Beaufsichtigung bei Verrichtungen hinausgeht. Einschränkungen in diesem Bereich wurden allenfalls als Einschränkung der Alltagskompetenz im Rahmen von § 45a berücksichtigt. Der alte Begriff der Pflegebedürftigkeit umfasste auch eine Beschreibung der Formen der Hilfeleistung (§ 14 Abs. 3 aF: Unterstützung, teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtungen sowie Anleitung oder Beaufsichtigung). Dies ist nach dem Wegfall eines Verrichtungsbezugs im neuen Bewertungssystem entbehrlich. Anleitung und Motivation bleiben als Bestandteil der aktivierenden Pflege Gegenstand der Leistungserbringung.

2. Maßgebliche Bereiche

Den nachfolgenden Ausführungen liegen die „Erläuterungen zum Gutachten 10a der Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ (Ziff. 4 der Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches vom 29.9.2023 → Rn. 8 aE) zugrunde. Diese beruhen weitgehend auf Wingenfeld/Büscher/Gansweid, Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, 2011, S. 64 ff.

a) Mobilität (Nr. 1). Die dem Bereich Mobilität zugeordneten Kriterien, die 11 im Rahmen des § 15 insoweit allein die Grundlage für die Bewertung des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit bilden, sind nicht mit dem Katalog der einzelnen Verrichtungen, die nach § 14 Abs. 4 Nr. 3 aF den Bereich Mobilität abbildeten, identisch. Der neue Katalog beschreibt nicht, wie bisher, Erscheinungsformen der Mobilität im täglichen Leben, sondern Grundfunktionen und körperliche Fähigkeiten, die für die Mobilität des Menschen maßgebend sind. Maßgebend ist allein, ob jemand in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen bzw. zu wechseln und sich fortzubewegen. Ausschlaggebend sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc und nicht die (Intellekt gesteuerte) zielgerichtete Fortbewegung. Die Folgen kognitiver Beeinträchtigungen auf Planung, Steuerung und Durchführung motorischer Handlungen bleiben bei diesem Kriterium unberücksichtigt.

Kriterien des Bereichs Mobilität (zu den Bewertungsgrundlagen vgl. → § 15 12 Rn. 8 ff.):

- **Positionswechsel im Bett:** Einnehmen von verschiedenen Positionen im Bett, Drehen um die Längsachse, Aufrichten aus dem Liegen.
- **Halten einer stabilen Sitzposition:** Sich auf einem Bett, Stuhl oder Sessel aufrecht halten.

- **Umsetzen:** Von einer erhöhten Sitzfläche, Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette etc, aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel oder Ähnliches umsetzen.
- **Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs:** Sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher bewegen.
- **Treppensteigen:** Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen.

13 b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Nr. 2). Bei den diesem Bereich zugeordneten Kriterien handelt es sich um elementare geistige Funktionen, deren Beeinträchtigung zumeist umfassende Einschränkungen der Selbständigkeit zur Folge haben (Richter, Die neue soziale Pflegeversicherung PSG I, II und III, 2. Aufl. 2017, S. 40):

- **Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld:** Fähigkeit, Personen aus dem näheren Umfeld wiederzuerkennen, dh Menschen, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören zB Familienmitglieder, Nachbarn aber auch Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.
- **Örtliche Orientierung:** Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt anzusteuern und zu wissen, wo man sich befindet.
- **Zeitliche Orientierung:** Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte (Vormittag, Nachmittag, Abend etc), Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens. Aufschluss über die Fähigkeit zur zeitlichen Orientierung geben Antworten auf die Frage nach der Jahreszeit, dem Jahr, dem Wochentag, dem Monat oder der Tageszeit.
- **Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen:** Fähigkeit, sich an kurz und auch länger zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern.
- **Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen:** Fähigkeit, zielgerichtete Handlungen des Lebensalltags, die eine Abfolge von Teilschritten umfassen, zu steuern.
- **Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben:** Fähigkeit, folgerichtige und geeignete Entscheidungen im Alltagsleben zu treffen.
- **Verstehen von Sachverhalten und Informationen:** Fähigkeit, Sachverhalte zu verstehen und Informationen inhaltlich einordnen zu können.
- **Erkennen von Risiken und Gefahren:** Fähigkeit, Risiken und Gefahren zu erkennen.
- **Mitteilen von elementaren Bedürfnissen:** Fähigkeit, elementare Bedürfnisse verbal oder nonverbal mitzuteilen.
- **Verstehen von Aufforderungen:** Fähigkeit, Aufforderungen in Hinblick auf alltägliche Grundbedürfnisse zu verstehen.
- **Beteiligen an einem Gespräch:** Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen, sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen.

14 c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Nr. 3). Die in diesem Bereich aufgeführten Kriterien beschreiben Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Es geht hier um die Notwendigkeit der Unterstützung bei der Bewältigung von belastenden Emotionen (wie zB Panikattacken), beim Abbau psychischer Spannungen und bei der Impulssteuerung, bei der Förderung positiver Emotionen durch Ansprache oder körperliche Berührung, bei der Vermeidung von Gefährdungen im Lebensalltag sowie bei einer Tendenz zu selbstschädigendem Verhalten. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit die betroffene Person ihr Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Von fehlender Selbststeuerung ist auch dann auszugehen, wenn ein Verhalten zwar nach Aufforderung abgestellt wird, aber danach immer wieder aufs Neue auftritt, weil das

Verbot nicht verstanden wird oder die Person sich nicht erinnern kann. Die BRi (Ziffer 4.9.3, F4.3, S. 62) gehen davon aus, dass die in diesem Bereich aufgeführten Kriterien, anders als in den übrigen Modulen, nicht abschließend definiert sind, sondern nur als beispielhafte Erläuterung zu verstehen sind. Manche Verhaltensweisen ließen sich nicht eindeutig nur einem Kriterium zuordnen, zB Beschimpfungen zu verbaler Aggression oder zu anderen pflegerelevanten vokalen Auffälligkeiten. Ausschlaggebend sei, ob und wie oft die Verhaltensweisen eine personelle Unterstützung notwendig machten. Bei Kombination verschiedener Verhaltensweisen sei die Häufigkeit von Ereignissen mit personellem Unterstützungsbedarf nur einmal zu erfassen.

Kriterien des Bereichs „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“:

15

- **Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten:** Dieses Kriterium fasst verschiedene Verhaltensweisen zusammen. Dazu gehören vor allem das (scheinbar) ziellose Umhergehen in der Wohnung oder der Einrichtung und der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die Wohnung, Einrichtung zu verlassen oder Orte aufzusuchen, die für diese Person unzugänglich sein sollten, zB Treppenhaus, Zimmer anderer Bewohner. Ebenso zu berücksichtigen ist allgemeine Rastlosigkeit in Form von ständigem Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen auf dem Sitzplatz oder im und aus dem Bett.
- **Nächtliche Unruhe:** nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-, Nachtrhythmus iSv aktiv sein in der Nacht und schlafen während des Tages.
- **Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten:** Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten kann zB darin bestehen, sich selbst durch Gegenstände zu verletzen, ungenießbare Substanzen zu essen und zu trinken, sich selbst schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen verletzen.
- **Beschädigen von Gegenständen:** Gemeint sind hier aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen wie Gegenstände wegstoßen oder wegschieben, gegen Gegenstände schlagen, das Zerstören von Dingen sowie das Treten nach Gegenständen.
- **Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen:** Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen kann zB darin bestehen, nach Personen zu schlagen oder zu treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln zu verletzen, andere zu stoßen oder wegzudrängen oder in Verletzungsversuchen gegenüber anderen Personen mit Gegenständen.
- **Verbale Aggression:** Verbale Aggression kann sich zB in verbalen Beschimpfungen oder in der Bedrohung anderer Personen ausdrücken.
- **Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten:** etwa lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hin schimpfen, fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen und Fragen.
- **Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen:** Hier ist die Abwehr von Unterstützung, zB bei der Körperpflege, die Verweigerung der Nahrungsaufnahme, der Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen sowie die Manipulation an Vorrichtungen wie zB an Kathetern, Infusionen oder Sondenernährung gemeint. Dazu gehört nicht die willentliche (selbstbestimmte) Ablehnung bestimmter Maßnahmen.
- **Wahnvorstellungen:** Wahnvorstellungen beziehen sich zB auf die Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen in Kontakt zu stehen oder auf die Vorstellung, verfolgt, bedroht oder bestohlen zu werden.
- **Ängste:** Die Person hat starke Ängste oder Sorgen, sie erlebt Angstattacken unabhängig von der Ursache.
- **Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage:** Sie zeigt sich zB daran, dass die Person kaum Interesse an der Umgebung hat, kaum Eigeninitiative aufbringt und Motivierung durch andere benötigt, um etwas zu tun. Sie wirkt traurig

oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen. Hier ist nicht gemeint, dass Menschen mit rein kognitiven Beeinträchtigungen, zB bei Demenz, Impulse benötigen, um eine Handlung zu beginnen oder fortzuführen.

- **Sozial inadäquate Verhaltensweisen:** Dies sind zB distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich vor anderen in unpassenden Situationen auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen oder unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.
- **Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen:** Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen sind zB Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung (Stereotypien), planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierern, Urinieren in die Wohnung.

16 d) Selbstversorgung (Nr. 4). Der Bereich **Selbstversorgung** (Nr. 4) entspricht inhaltlich weitgehend den vom alten Bewertungssystem erfassten Verrichtungen in § 14 Abs. 4 Nr. 1 (Körperpflege) und Nr. 2 (Ernährung) in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung. Das „An- und Auskleiden“ war im alten System dem Bereich Mobilität zugeordnet, gehört jetzt aber zur Selbstversorgung. In der aktuellen Fassung der BRi zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind vorab „Angaben zur Versorgung“ vorgesehen (s. unter 4.9.4 der BRi). Es ist anzugeben, ob die Ernährung parenteral zum Beispiel über einen Port, über eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), eine perkutane endoskopische Jejunostomie (PEJ) oder eine nasale Magensonde, sowie ob sie über Pumpe, Schwerkraft oder als Bolusgabe erfolgt. Daneben sind Angaben zu Blasenkontrolle/Harnkontinenz zu machen.

17 Kriterien des Bereichs „Selbstversorgung“:

- **Waschen des vorderen Oberkörpers:** Sich die Hände, das Gesicht, den Hals, die Arme, die Achselhöhlen und den vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen.
- **Körperpflege im Bereich des Kopfes:** Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Rasieren.
- **Waschen des Intimbereichs:** Den Intimbereich waschen und abtrocknen.
- **Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare:** Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare. Dabei sind neben der Fähigkeit, den Körper waschen zu können, auch Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen. (Teil-) Hilfen beim Waschen in der Wanne, Dusche sind hier ebenso zu berücksichtigen wie die Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder eine notwendige Überwachung während des Bades. Dazu gehört auch das Abtrocknen, Haare waschen und föhnen.
- **An- und Auskleiden des Oberkörpers:** Bereitliegende Kleidungsstücke, zB Unterhemd, T-Shirt, Hemd, Bluse, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzugoberteil oder Nachthemd, an- und ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist nicht hier, sondern beim Kriterium „Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben“ (→ Rn. 13) zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist beim Kriterium „Umgang mit Hilfsmitteln“ (im Rahmen von Nr. 5 → Rn. 18) zu berücksichtigen. Die beiden letztgenannten Anmerkungen gelten auch für das nachfolgende Kriterium.
- **An- und Auskleiden des Unterkörpers:** Bereitliegende Kleidungsstücke, zB Unterwäsche, Hose, Rock, Strümpfe und Schuhe, an- und ausziehen.
- **Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken:** Zerteilen von Nahrung in mundgerechte Stücke und Eingießen von Getränken. Dazu gehört das Zerteilen von belegten Brotscheiben, Obst oder andere Speisen in mundgerechte Stücke, zB das Kleinschneiden von Fleisch, das Zerdrücken von Kartoffeln, Pürieren der Nahrung, Verschlüsse von Getränkeflaschen öffnen, Getränke aus einer Flasche oder Kanne in ein Glas bzw. eine Tasse eingießen,

ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln wie Anti-Rutschbrett oder sonstigem Gegenstand wie Spezialbesteck.

- **Essen:** Bereit gestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, ggf. Abbeißen, Kauen und Schlucken von mundgerecht zubereiteten Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden, zB Brot, Kekse, Obst oder das Essen mit Gabel und Löffel, ggf. mit speziellen Hilfsmitteln wie adaptiertem Besteck. Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der ausreichenden Nahrungsaufnahme (auch ohne Hungergefühl oder Appetit) erkannt und die empfohlene, gewohnte Menge tatsächlich gegessen wird. Das Einhalten von Diäten ist nicht hier, sondern bei dem in Abs. 2 Nr. 5c) aufgeführten Kriterium zu bewerten. Die Beurteilung ist auch dann vorzunehmen, wenn die Nahrungsaufnahme über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt.
- **Trinken:** Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Gegenständen wie Strohhalm, Spezialbecher mit Trinkaufsatz. Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der Flüssigkeitsaufnahme (auch ohne ausreichendes Durstgefühl) erkannt und die empfohlene oder gewohnte Menge tatsächlich getrunken wird. Die Beurteilung der Selbständigkeit ist auch dann vorzunehmen, wenn die Flüssigkeitsaufnahme über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt.
- **Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls:** Gehen zur Toilette, Hinsetzen und Aufstehen, Sitzen während der Blasen- oder Darmentleerung, Intimhygiene und Richten der Kleidung. Die Beurteilung ist auch dann vorzunehmen, wenn anstelle der Toilettenbenutzung eine Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt, zB Inkontinenzmaterial, Katheter, Urostoma, Ile- oder Colostoma.
- **Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma:** Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört auch das Entleeren eines Urinbeutels bei Dauerkatheter, Urostoma oder die Anwendung eines Urinalkondoms. Die regelmäßige Einmalkatheterisierung ist nicht hier, sondern beim Kriterium in Abs. 2 Nr. 5b) zu erfassen.
- **Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma:** Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört Inkontinenzsysteme, zB große Vorlagen mit Netzhose, Inkontinenzhose mit Klebestreifen oder Pants sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört auch die Anwendung eines Analtampons oder das Entleeren oder Wechseln eines Stomabeutels bei Enterostoma. Die Pflege des Stomas und der Wechsel einer Basisplatte ist beim Kriterium in Abs. 2 Nr. 5b) zu berücksichtigen.
- **Ernährung parenteral oder über Sonde:** Ernährung über einen parenteralen Zugang (zB einen Port) oder über einen Zugang in den Magen oder Dünndarm (PEG/PEJ).

Diese Leistungen werden auch weiterhin in der häuslichen Versorgung von der GKV erbracht; in der vollstationären Versorgung im Rahmen des § 43 von der Pflegeversicherung.

e) Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Nr. 5). Nach Abs. 2 Nr. 5 sind Kriterien zu erfassen, die auf der Grundlage des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht berücksichtigt wurden. In diesem Bereich geht es nicht darum, den Bedarf an Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege bzw. Behandlungspflege nach dem SGB V einzuschätzen. Die Berücksichtigung von Fähigkeiten beim Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen trägt allein der Erkenntnis Rechnung, dass ein großer Teil der hier aufgeführten Maßnahmen und Handlungen von erkrankten Menschen ganz oder teilweise eigenständig durch-

geführt werden können, sofern sie (noch) über die dazu nötigen Ressourcen verfügen. Mit dem in Nr. 5 aufgeführten Bereich ist häufig ein Hilfebedarf bei der Anleitung, Motivation oder Schulung verbunden. Die Einbeziehung dieses Aspekts in die Bewertung von Pflegebedürftigkeit berührt in keiner Weise die Leistungspflicht der GKV für Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege bzw. der Behandlungspflege nach § 37 SGB V; insoweit bleibt der in § 13 Abs. 2 festgelegte Vorrang der GKV uneingeschränkt bestehen. Bei den Einzelkriterien der Nr. 5 führt der Gesetzestext die pflegefachlichen und medizinisch maßgebenden Aspekte und Maßnahmen detailliert auf. Wegen der Erläuterungen zu einzelnen Maßnahmen vgl. BRi 4.9 (F 4). Die Bewertung der aufgeführten Kriterien richtet sich, wie in den anderen Bereichen, nach § 15 Abs. 2 und den hierzu gehörenden Anhängen 1 und 2.

18a Im Gegensatz zum früheren verrichtungsbezogenen Bemessungssystem lässt das neue Begutachtungsinstrument über den Bereich „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ in Nr. 5 die Berücksichtigung des Unterstützungsbedarfs bei behandlungspflegerischen Maßnahmen zu. Beispielhaft hierfür: BSG 28.9.2017, B 3 P 3/16 R, NZS 2018, 114 = BeckRS 2017, 136262. Die Hilfe zur Blutzuckermessung und ggf. nötigen Anpassung der Insulindosis und der Medikamentengabe konnten nach der früheren Fassung des § 14 nicht als Pflegebedarf berücksichtigt werden, weil sie keiner Verrichtung zuzuordnen war.

19 f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Nr. 6). Wie bereits oben (→ Rn. 10) dargelegt wurde der in Abs. 2 Nr. 6 beschriebene Bereich „**Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**“ vom alten Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht berücksichtigt, weil idR ein Bezug zu einer der allein maßgebenden Verrichtungen des § 14 Abs. 4 aF fehlte. Einschränkungen in diesem Bereich wurden allenfalls als Einschränkung der Alltagskompetenz im Rahmen von § 45a berücksichtigt.

- 20** Kriterien des Bereichs „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“:
- **Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen:** Den Tagesablauf nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben einteilen und bewusst gestalten und ggf. an äußere Veränderungen anpassen. Dies erfordert planerische Fähigkeiten zur Umsetzung von Alltagsroutinen. Zu beurteilen ist, ob die Person von sich aus festlegen kann, ob und welche Aktivitäten sie im Laufe des Tages durchführen möchte, zB wann sie baden, essen oder zu Bett gehen oder ob und wann sie Fernsehen oder spazieren gehen möchte. Solche Festlegungen setzen voraus, dass die zeitliche Orientierung zumindest teilweise erhalten ist.
 - **Ruhen und Schlafen:** Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen. Dazu gehört die Fähigkeit, die Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen, sich ausruhen und mit Phasen der Schlaflosigkeit umgehen aber auch somatischen Funktionen, um ins Bett zu kommen und die Ruhephasen insbesondere nachts einhalten zu können.
 - **Sichbeschäftigen:** Die verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchzuführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen. „Verfügbare Zeit“ ist in diesem Zusammenhang definiert als Zeit, die nicht durch Notwendigkeiten wie Ruhen, Schlafen, Essen, Mahlzeitenzubereitung, Körperpflege, Arbeit etc gebunden ist („freie“ Zeit). Bei der Beurteilung geht es vorrangig um die Fähigkeit nach individuellen kognitiven, manuellen, visuellen oder auditiven Fähigkeiten und Bedürfnissen, geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auszuwählen und auch praktisch durchzuführen, zB Handarbeiten, Basteln, Bücher oder Zeitschriften lesen, Sendungen im Radio oder Fernsehen verfolgen, Computer nut-

zen. Dies gilt auch für Personen, die Angebote auswählen und steuern können, aber aufgrund somatischer Einschränkungen für die praktische Durchführung personelle Unterstützung benötigen.

- **Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen:** Längere Zeitabschnitte überschauend über den Tag hinaus planen. Dies kann beispielsweise anhand der Frage beurteilt werden, ob Vorstellungen oder Wünsche zu anstehenden Festlichkeiten wie Geburtstag oder Jahresfeste bestehen, ob die Zeitabläufe eingeschätzt werden können, zB vorgegebene Strukturen wie regelmäßige Termine nachvollzogen werden können oder ob die körperlichen Fähigkeiten vorhanden sind, um eigene Zukunftsplanungen mit anderen Menschen kommunizieren zu können. Es ist auch zu berücksichtigen, wenn stark ausgeprägte psychische Problemlagen (zB Ängste) es verhindern, sich mit Fragen des zukünftigen Handelns auseinanderzusetzen.
- **Interaktion mit Personen im direkten Kontakt:** Im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern oder Besuchern umgehen, Kontakt aufnehmen, Personen ansprechen, auf Ansprache reagieren.
- **Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds:** Bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen. Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit technischen Kommunikationsmitteln wie Telefon umgehen zu können, zum Beispiel Besuche verabreden oder Telefon-, Brief- oder Mail-Kontakte.

VI. Fähigkeiten zur Haushaltsführung (Abs. 3)

Im Gegensatz zu dem bis Ende 2016 geltenden Rechtszustand wird der Hilfebedarf im Bereich der **hauswirtschaftlichen Versorgung** (§ 14 Abs. 4 Nr. 4 aF) im neuen Bewertungsinstrument **nicht gesondert erfasst**. Abs. 3 stellt klar, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die die Ursache dafür bilden, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, umfassend bei den in Abs. 2 aufgeführten Bereichen erfasst werden. Körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen, die speziell die Fähigkeit zur eigenständigen Haushaltsführung beeinträchtigen und im Katalog des Abs. 2 nicht enthalten sind, gibt es nicht. § 18 Abs. 5a nF schreibt dennoch eine gesonderte Erfassung der Beeinträchtigungen bei der Haushaltsführung vor; allerdings nicht als Bestandteil der Bewertungsgrundlage. Sie soll vielmehr als Grundlage für eine differenzierte Pflegeplanung dienen. Hilfen bei der Haushaltsführung werden im Rahmen des § 36 weiterhin gewährt, um die Bereitschaft zur häuslichen Pflege zu fördern.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

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

(2) ¹Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. ²In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. ³Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. ⁴Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. ⁵In jedem Modul werden die jeweils erreichba-

ren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. ⁶Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

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

⁷Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. ⁸Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

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

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

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

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

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

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

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

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Das Begutachtungsinstrument – Abs. 2 und 3	7
1. Zuordnung aller Kriterien zu Kategorien (Punktwerten)	7
a) Kategorien in den Modulen 1 (Mobilität) und 4 (Selbstversorgung)	8
aa) 0 = selbständig	9
bb) 1 = überwiegend selbständig	10
cc) 2 = überwiegend unselbständig	11
dd) 3 = unselbständig	12
ee) Modul 1: Einzelpunkte	13
b) Kategorien im Modul 2 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten	14
aa) Bewertungsskala	15
bb) Modul 2: Einzelpunkte	16
c) Kategorien im Modul 3 – Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	17
aa) Häufigkeiten	18
bb) Modul 3: Einzelpunkte	19
d) Kategorien im Modul 4 – Selbstversorgung	20
aa) Modul 4: Einzelpunkte	21
bb) Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre	23
e) Kategorien im Modul 5 – Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	24
f) Kategorien im Modul 6	26
aa) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	26
bb) Modul 6 – Einzelpunkte	26a
2. Gewichtung der Einzelpunkte (Abs. 2 S. 7 und 8)	27
3. Ermittlung des Pflegegrades (Abs. 3)	28

	R.n.
4. Besondere Bedarfskonstellationen (Abs. 4)	30
5. Behandlungspflege (Abs. 5)	31
6. Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern (Abs. 6 und 7) .	32
IV. Minderung oder Erhöhung des Pflegebedarfs	35
V. Verfahrensfragen	36

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.2017 durch Art. 2 PSG II eingeführt worden. Sie entspricht dem RegE (BT-Drs. 18/5926, 107 ff.), der 14. Ausschuss (BT-Drs. 18/6688, 53 f.) hat keine Änderungen vorgenommen. § 15 idF von Art. 1 PflegeVG, der die Stufen der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen) in der Zeit vom 1.1.1995 bis 31.12.2016 festlegte, ist damit komplett außer Kraft getreten. Zum Übergangsrecht vgl. insbesondere § 140.

II. Normzweck und Überblick

- 2 Die Vorschrift regelt auf der Grundlage des neuen, in § 14 definierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Zuordnung zu Pflegegraden, die anstelle der bisher verwendeten Pflegestufen idR maßgebend sind für den Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung und deren Umfang. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass Pflegebedürftigkeit in unterschiedlicher Intensität auftritt. Je nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird der Pflegebedürftige einer von **fünf Pflegegraden** zugeordnet. Der Pflegegrad hängt, wie nach dem alten Bewertungssystem die Pflegestufe, von der Schwere der Pflegebedürftigkeit ab (Abs. 1 S. 1). Der Gesetzgeber sieht hierin die Verwirklichung der in § 1 Abs. 4 festgelegten elementaren Vorgabe der bewusst mit begrenzten Finanzmitteln ausgestatteten Pflegeversicherung, wonach die Pflegeversicherung die Aufgabe hat, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Nach der Philosophie, die dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde liegt, kommt der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit in der **Schwere der Beeinträchtigungen** der Selbständigkeit und der Fähigkeiten zum Ausdruck (zu grundlegenden Zweifeln an diesem Ansatz vgl. BeckOK SozR/Pfztzner § 14 Rn. 52). Der **Zeitbedarf** für Pflegeleistungen **bei den Verrichtungen** des täglichen Lebens, der nach § 15 Abs. 3 in der bis Ende 2016 geltenden Fassung neben dem Rhythmus der Hilfeleistungen (§ 15 Abs. 1 S. 1 SGB XI aF) für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe maßgebend war, hat nach dem neuen Bewertungssystem keine Bedeutung mehr.
- 3 Der Wortlaut von **Abs. 1 S. 2** weist auf die zentrale Bedeutung des **neuen Begutachtungsinstruments** hin, das zu einer gerechteren Bewertung des Ausmaßes von Pflegebedürftigkeit führen soll als der bis Ende 2016 maßgebende Pflegebedürftigkeitsbegriff. **Körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen** sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen sollen **gleichrangig** berücksichtigt werden, um das elementare Grundrecht des Art. 3 Abs. 1 GG gegenüber Personen, deren Bedarf an Unterstützung auf unterschiedlichen Ursachen beruht, zu verwirklichen. Das pflegefachlich begründete Begutachtungsinstrument, in der Begründung zu § 15 durchgängig als „NBA“ (Neues Begutachtungs-Assessment) bezeichnet, ist allerdings, was bei einem Vorhaben, mit dem ein höheres Maß an Gerechtigkeit und Gleichbehandlung erreicht werden soll, nicht überraschen kann, äußerst komplex aufgebaut.

Abs. 2 gibt den Aufbau des NBA in der Sprache des Gesetzes wieder. Satz 1 hat keinen Regelungscharakter, sondern lediglich eine Erläuterung. Warum das Gesetz in § 14 Abs. 2 den Begriff „Bereich“ und in § 15 den Begriff „Modul“ benutzt, ist nicht nachvollziehbar und schafft allenfalls Verwirrung. Beide Begriffe stehen für dieselbe Ordnungsfunktion. Die in jedem Bereich bzw. Modul ermittelten Beeinträchtigungen sollen zunächst gesondert erfasst und bewertet werden. In **Anlage 1 zu § 15** wird die Bewertung von Beeinträchtigungen zu allen Kriterien nach Kategorien (selbständig/unselbständig) in der Form von Punkten festgelegt. Abs. 2 S. 4 bestimmt, dass den Kategorien für alle einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zuzuordnen sind, die sich aus der Anlage 1 ergeben. Eine Addition der Einzelpunkte führt allerdings noch nicht zur Zuordnung zu Pflegegraden. Zunächst sind vielmehr die Einzelergebnisse aus allen Kriterien der sechs in § 14 Abs. 2 aufgeführten Bereiche jeweils getrennt nach der **Tabelle in Anlage 2** (Abdruck S. 1355) unter Punktbereiche zu subsumieren (Abs. 2 S. 5). Den Punktbereichen, die nach den Schweregraden der Beeinträchtigungen unterteilt sind (Abs. 2 S. 6), werden nach der Tabelle in Anlage 2 gewichtete Punkte zugeordnet (Abs. 2 S. 7). In der Umrechnung der Summe aller Einzelpunkte in gewichtete Punkte kommt die Gewichtung der Bereiche (Module) nach pflegefachlichen und empirischen Aspekten zum Ausdruck (Abs. 2 S. 8); vgl. → Rn. 33.

Abs. 3 regelt die Zuordnung der konkreten Ergebnisse des NBA im Einzelfall zu Pflegegraden. Abs. 3 fasst die Schritte der Berechnungsfolge noch einmal zusammen (Abs. 3 S. 1), regelt in S. 2 mit der Zusammenführung der Module 2 und 3 eine Ausnahme von der sonst maßgebenden Berücksichtigung aller Einzelmodule und bestimmt schließlich, dass aus der Addition der gewichteten Punkte aller Module (Ausnahme: S. 2) die Gesamtpunkte zu bilden sind, aus denen sich die Zuordnung zu einer der fünf Pflegegrade ergibt (Abs. 3 S. 3 und 4).

Die **Abs. 4–7** enthalten Besonderheiten der Bewertung des Pflegebedarfs und die Zuordnung zu Pflegegraden bei Kindern. Der **Pflegegrad** ist, wie im alten System die **Pflegestufen**, maßgebend für den **Umfang der Leistungen** nach den §§ 36–38, 41 und 43; die Wahl der Leistungsart (häusliche Pflege als Sachleistung oder Pflegegeld bzw. stationäre Pflege) ist dagegen ohne Bedeutung; sie wirkt sich weder auf die Zuordnung zu einem Pflegegrad aus, noch hängt die Wahl der Leistungsart von einem Pflegegrad ab. Lediglich bei Pflegegrad 1 stehen nur die in § 28a aufgeführten eingeschränkten Leistungen zur Verfügung.

III. Das Begutachtungsinstrument – Abs. 2 und 3

1. Zuordnung aller Kriterien zu Kategorien (Punktwerten)

Der Grad der Selbständigkeit bzw. der Beeinträchtigungen wird danach bemessen, in welchem Umfang der Mensch seinen Alltag eigenständig bewältigen kann bzw. in welchem Maße er bei Aktivitäten die Unterstützung anderer Personen benötigt. Zu diesem Zweck unterteilt das NBA menschliche Fähigkeiten und Aspekte selbständigen Handelns in sechs Module. Die Begutachtung beginnt mit der Bewertung aller in den sechs Bereichen des § 14 Abs. 2 aufgeführten Kriterien. Der aus international verbreiteten Klassifizierungssystemen übernommene modulare Aufbau des NBA (Wingenfeld/Büscher/Gansweid, Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, 2011, S. 46 ff.) soll nach pflegefachlichem Verständnis deutlich machen, dass dieses Bewertungssystem über die Zusammenfassung von gleichartigen Kriterien bzw. von Kriterien eines Lebensbereichs eine zusammenfassende Betrachtung einzelner Lebensbereiche des Pflegebedürftigen ermöglicht. Zugleich sollen sämtliche für die elementare Lebensführung wesentlichen Aspekte erfasst werden. Mit der Verabschiedung im Gesetz hat das

NBA zwar (zunächst) abschließenden Charakter gewonnen; der Gesetzgeber wäre jedoch unter pflegefachlichen Aspekten nicht gehindert, weitere Kriterien hinzuzufügen.

8 a) Kategorien in den Modulen 1 (Mobilität) und 4 (Selbstversorgung).

Nach Abs. 2 S. 2 sind in jedem Modul für die in den Bereichen des § 14 Abs. 2 genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Mit Kategorien sind die Ausprägungen bzw. Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten gemeint. Abs. 2 S. 4 bestimmt, dass den Kategorien für alle einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zuzuordnen sind, die sich aus der Anlage 1 ergeben. Die Kategorien erfassen allerdings in den verschiedenen Modulen unterschiedliche Aspekte. In den Modulen 1 (Mobilität), 4 (Selbstversorgung) und 6 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) geht es um den **Grad der Selbständigkeit**. In diesen Modulen wird der Grad der Selbständigkeit mittels einer vierstufigen Skala allg. nach folgenden Ausprägungen bewertet:

9 aa) 0 = selbständig. Die Person kann die Handlung bzw. Aktivität idR selbständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

10 bb) 1 = überwiegend selbständig. Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen. Dementsprechend entsteht nur ein geringer, mäßiger Aufwand für die Pflegeperson. Überwiegend selbständig ist eine Person also dann, wenn eine oder mehrere der folgenden Hilfestellungen erforderlich sind:

- Unmittelbares Zurechtlegen, Richten von Gegenständen meint die Vorbereitung einer Aktivität durch Bereitstellung sächlicher Hilfen, damit die Person die Aktivität dann selbständig durchführen kann. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, dass die in den Räumlichkeiten befindlichen Gegenstände so in der unmittelbaren Umgebung der antragstellenden Person platziert sind, dass die Person so weit wie möglich selbständig an alle notwendigen Utensilien herankommt und diese nicht jedes Mal angereicht werden müssen. Wenn dies aber nicht ausreicht (zB die Seife nicht von der Ablage am Waschbecken genommen werden kann, sondern direkt in die Hand gegeben werden muss), führt diese Beeinträchtigung zur Bewertung überwiegend selbständig.
- Aufforderung bedeutet, dass die Pflegeperson (ggf. auch mehrfach) einen Anstoß geben muss, damit die oder der Betroffene die jeweilige Tätigkeit allein durchführt. Einzelne Hinweise zur Abfolge der Einzelschritte meinen, dass zwischenzeitlich immer wieder ein Anstoß gegeben werden muss, dann aber Teilverrichtungen selbst ausgeführt werden können.
- Unterstützung bei der Entscheidungsfindung bedeutet, dass zB verschiedene Optionen zur Auswahl angeboten werden müssen, die Person danach aber selbständig handelt.
- Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle meint die Überprüfung, ob die Abfolge einer Handlung eingehalten wird (ggf. unter Hinführung zu weiteren Teilschritten oder zur Vervollständigung) sowie die Kontrolle der korrekten und sicheren Durchführung. Hierzu gehört auch die Überprüfung, ob Absprachen eingehalten werden.
- Punktuelle Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität bedeutet, dass nur einzelne Handreichungen erforderlich sind, die Person den überwiegenden Teil der Aktivität aber selbständig durchführt.
- Anwesenheit aus Sicherheitsgründen: Wenn eine Person eine Aktivität selbständig ausführen kann, aber aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen (zB Sturzgefahr,

Krampfanfälle) die Anwesenheit einer anderen Person benötigt, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu.

cc) 2 = überwiegend unselbständig. Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann. Dies setzt umfassende Anleitung oder aufwendige Motivation auch während der Aktivität voraus oder ein erheblicher Teil der Handlung muss übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus. Alle der oben genannten Hilfen können auch hier von Bedeutung sein, reichen allerdings allein nicht aus. Weitergehende Unterstützung umfasst vor allem:

- Aufwendige Motivation im Sinne der motivierenden Begleitung einer Aktivität (notwendig vor allem bei psychischen Erkrankungen mit Antriebsminderung).
- Umfassende Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson den Handlungsablauf nicht nur anstoßen, sondern die Handlung demonstrieren oder lenkend begleiten muss. Dies kann insbesondere dann erforderlich sein, wenn die oder der Betroffene trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Aktivität nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann.
- Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle - unterscheidet sich von der oben genannten „partiellen Beaufsichtigung und Kontrolle“ nur durch das Ausmaß der erforderlichen Hilfe. Es ist ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft in die Handlung erforderlich.
- Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität - bedeutet, dass ein erheblicher Teil der Handlungsschritte durch die Pflegeperson übernommen wird.

dd) 3 = unselbständig. Die Person kann die Aktivität idR nicht selbständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Ständige Motivation, Anleitung und Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen. Eine minimale Beteiligung ist nicht zu berücksichtigen (zB wenn sich die antragstellende Person im sehr geringen Umfang mit Teilhandlungen beteiligt).

Die vorstehenden Beschreibungen sind den BRi (Ziff. 4.8.3, Beurteilung von Selbständigkeit) entnommen.

ee) Modul 1: Einzelpunkte

Ziff.	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen im Wohnbereich	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Die oben wiedergegebenen allgemeinen Beschreibungen der Grade der Selbständigkeit bzw. der Ausprägungen von Beeinträchtigungen werden in den BRi durch spezifische Aspekte der einzelnen Kriterien aller Module pflegefachlich konkretisiert (BRi Ziff. 4.9.1).

14 b) Kategorien im Modul 2 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten.

Im Modul 2 ist das Ausmaß, in dem die jeweilige Fähigkeit vorhanden ist, die maßgebende Kategorie. Die Bewertung richtet sich danach, ob eine Fähigkeit vorhanden bzw. unbeeinträchtigt, ob sie größtenteils, in geringem Maße oder nicht vorhanden ist. Die Einschätzung bezieht sich bei den Merkmalen 2.1 bis 2.8 ausschließlich auf die kognitiven Funktionen und Aktivitäten. Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern etc und nicht die motorische Umsetzung. Bei den Kriterien zur Kommunikation 2.9 bis 2.11 sind auch die Auswirkungen von Hör-, Sprech- oder Sprachstörungen zu berücksichtigen. Die Abstufung nach einer vierstufigen Skala entspricht in etwa derjenigen bei den Modulen 1 und 4. Im Modul 2 wird allerdings keine Aktivität, sondern eine geistige Funktion beurteilt. Für die Bewertung ist es unerheblich, ob jemand eine Fähigkeit verloren hat oder ob sie nie ausgebildet war.

15 aa) Bewertungsskala. Die Bewertungsskala hat folgende Ausprägungen:

0 = Fähigkeit vorhanden, unbeeinträchtigt. Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden. Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden. Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

3 = Fähigkeit nicht vorhanden. Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

Eine auf die einzelnen Kriterien abgestimmte Beschreibung der vorhandenen bzw. nicht oder nur teilweise vorhandenen Fähigkeiten geben die BRi unter Ziff. 4.9.2.

16 bb) Modul 2: Einzelpunkte

Ziff.	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3

Ziff.	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbe- einträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.6	Treffen von Ent- scheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

c) Kategorien im Modul 3 – Verhaltensweisen und psychische Problemla- 17
gen. Im Modul 3 richtet sich die Zuordnung zu einer Kategorie nach der Häufigkeit, mit der die aufgeführten Verhaltensweisen und psychische Problemlagen auftreten. Nach den BRi (Ziff. 4.9.3) soll in diesem Modul die Notwendigkeit der Unterstützung bei der Bewältigung von belastenden Emotionen (wie zB Panikattacken), beim Abbau psychischer Spannungen und bei der Impulssteuerung, bei der Förderung positiver Emotionen durch Ansprache oder körperliche Berührung, bei der Vermeidung von Gefährdungen im Lebensalltag sowie bei einer Tendenz zu selbstschädigendem Verhalten erfasst werden. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit die betroffene Person ihr Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Von fehlender Selbststeuerung ist auch dann auszugehen, wenn ein Verhalten zwar nach Aufforderung abgestellt wird, aber danach immer wieder aufs Neue auftritt, weil das Verbot nicht verstanden wird oder die Person sich nicht erinnern kann. Die BRi (Ziff. 4.9.3, S. 62) gehen davon aus, dass die in diesem Bereich aufgeführten Kriterien, anders als in den übrigen Modulen, nicht abschließend definiert sind, sondern nur als beispielhafte Erläuterung zu verstehen sind. Manche Verhaltensweisen ließen sich nicht eindeutig nur einem Kriterium zuordnen, zB Beschimpfungen zu verbaler Aggression oder zu anderen pflegerelevanten vokalen Auffälligkeiten. Ausschlaggebend sei, ob und wie oft die Verhaltensweisen eine personelle Unterstützung notwendig machten. Bei Kombination verschiedener Verhaltensweisen sei die Häufigkeit von Ereignissen mit personellem Unterstützungsbedarf nur einmal zu erfassen, zB werde nächtliche Unruhe bei Angstzuständen, entweder unter Punkt 4.3.2 oder unter Punkt 4.3.10 bewertet.

aa) Häufigkeiten. Die Bewertungsskala unterscheidet folgende Häufigkeiten: 18
0 = nie oder sehr selten, 1 = selten, dh ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen, 3 = häufig, dh zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich, 5 = täglich.

19 **bb) Modul 3: Einzelpunkte**

Ziff.	Kriterien	Nie oder sehr selten	selten	häufig	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltens- auffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und auto- aggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

- 20 d) Kategorien im Modul 4 – Selbstversorgung.** Das Modul Selbstversorgung umfasst alle Verrichtungsbereiche, die nach § 14 Abs. 4 aF bis Ende 2016 für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit maßgebend waren, mit Ausnahme der Mobilität, die im Modul 1 erfasst wird. Ausgenommen ist zudem eine eigenständige Erfassung der hauswirtschaftlichen Verrichtungen (vgl. → § 14 Rn. 21). Abstufung und Inhalt der Kategorien entsprechen der Systematik in Modul 1. Die Bewertung erfolgt (mit Ausnahme des Kriteriums 4.13 – Sondenernährung) nach einer vierstufigen Skala, die – wie oben zu Modul 1 beschrieben – nach dem Grad der Selbständigkeit differenziert. Die Punktwertung ist allerdings unterschiedlich und richtet sich nach dem pflegefachlichen Stellenwert des jeweiligen Kriteriums. Bei den Kriterien 4.1 bis 4.7 sowie 4.11 und 4.12 findet die übliche Bewertung statt: 0 = selbständig, 1 = überwiegend selbständig, 2 = überwiegend unselbständig, 3 = unselbständig. Bei den Kriterien 4.8 bis 4.10 werden die Ausprägungen von Einschränkungen der Selbständigkeit höher bewertet. Dies betrifft vor allem die Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung; die parenterale Ernährung bzw. die Ernährung über eine Sonde wird nach Ziff. 4.13 gesondert nach einer dreistufigen Skala erfasst. Bei künstlicher Harn- und Stuhlableitung sind zusätzlich die Kriterien 5.9 und 5.10 aus dem Modul 5 (Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen) zu berücksichtigen. Eine auf die einzelnen Kriterien des Moduls 4 abgestimmte Beschreibung der vorhandenen bzw. nicht oder nur teilweise vorhandenen Fähigkeiten geben die BRi unter Ziff. 4.9.4, S. 66–75.

aa) Modul 4: Einzelpunkte

21

Ziff.	Kriterien	selb- ständig	über- wiegend selb- ständig	über- wiegend unselb- ständig	un- selb- ständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschl. Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

In Ziff. 4.13 erfasst das Modul 4 des NBA die „**Ernährung parenteral oder über Sonde**“ in einer gesonderten Skala, die lediglich die Kategorien „entfällt“ = 0 Punkte, „teilweise“ = 6 Punkte, „vollständig“ = 3 Punkte aufweist. Wird die künstliche Ernährung durch den Betroffenen eigenständig, ohne Hilfe durch eine andere Person durchgeführt werden, so wird dies ebenfalls mit 0 Punkten bewertet. Hierzu hat der Gesetzgeber der Tabelle in Anlage 1 folgende Erläuterung angefügt: „Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben. Das Kri-

terium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt. Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt. Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt“.

- 23 bb) Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre.** Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen folgt grundsätzlich den Prinzipien der Begutachtung von Erwachsenen. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass bei Kindern in der Bewertung allein die Abweichung von der Selbständigkeit und den Fähigkeiten altersentsprechend entwickelter Kinder zugrunde gelegt wird (→ hierzu im Einzelnen BRi Ziff. 5, S. 139 ff.).
- 24 e) Kategorien im Modul 5 – Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen.** Zur Bedeutung des Moduls 5 bei der Erfassung von Einschränkungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit vgl. → § 14 Rn. 18. Das Modul umfasst sechzehn Kriterien. Die Kategorien, in denen die unterschiedlichen Ausprägungen der Beeinträchtigungen erfasst werden, weichen von denen der anderen Module erheblich ab. Maßgebend ist grundsätzlich die Häufigkeit der Maßnahmen. Bei den Kriterien zu Ziff. 5.1 bis 5.7 wird die Anzahl der Maßnahmen bei allen Kriterien addiert und die Summe der abschließenden Tabelle zugeordnet:
- 25** Die für eine Bewertung im Modul 5 in Betracht kommenden krankheits- oder therapiebedingten Aktivitäten sind in den BRi Ziff. 4.9.5 (S. 76–83) unter F 4.5.1–4.5.16 aufgeführt. In die Bewertung gehen nur ärztlich angeordnete Maßnahmen ein, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich sind. Die ärztliche Anordnung kann sich auch auf nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder äußerliche Anwendungen oder Übungsbehandlungen beziehen. Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Ist dies nicht der Fall, wird die Häufigkeit der erforderlichen Hilfe durch andere Personen dokumentiert (Anzahl pro Tag/pro Woche/pro Monat). Es ist unerheblich, ob die personelle Unterstützung durch Pflegepersonen oder Pflegekräfte erfolgt, und auch, ob sie gemäß § 37 Abs. 2 SGB V verordnet und abgerechnet wird. Ausgenommen sind Leistungen, die durch Ärzte und Praxispersonal oder andere Therapeuten erbracht werden. Zur Berechnung der Anzahl der Maßnahmen vgl. im Einzelnen BRi Ziff. 4.9.5, S. 77.
- 26 f) Kategorien im Modul 6. aa) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.** Erfasst werden soll in diesem Modul das Vorhandensein bzw. Fehlen von Fähigkeiten zur Planung und Gestaltung des Tagesablaufs, zur Anpassungsfähigkeit bei Veränderungen, zur Einhaltung eines Tag-/Nachtrhythmus, zum Sichbeschäftigen, zur vorausschauenden Planung und zur Kontaktpflege mit anderen Personen. Der Umfang der bestehenden Fähigkeiten und Beeinträchtigungen werden wiederum nach der Standardskala mit vier Kategorien von selbständig bis unselbständig erfasst. Eine auf die einzelnen Kriterien des Moduls 6 abgestimmte Beschreibung der vorhandenen bzw. nicht oder nur teilweise vorhandenen Fähigkeiten geben die BRi unter Ziff. 4.9.6, S. 84–89.

bb) Modul 6 – Einzelpunkte

Ziff.	Kriterien	selb- ständig	über- wiegend selb- ständig	über- wiegend unselb- ständig	un- selb- ständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

2. Gewichtung der Einzelpunkte (Abs. 2 S. 7 und 8)

Für die Zuordnung zu einem Pflegegrad ist nicht die Summe der aus allen Modulen addierten Einzelpunkte maßgebend. **Abs. 3 S. 1** schreibt hierfür vielmehr eine „mehrschrittige Berechnungsfolge auf der Basis einer pflegefachlich begründeten Bewertungssystematik“ (BT-Drs. 18/5926, 112 f.) vor: die Einzelergebnisse aus allen Kriterien der sechs Bereiche werden jeweils getrennt nach der Tabelle in Anlage 2 unter Punktbereiche subsumiert (Abs. 2 S. 5). Den Punktbereichen, die nach den Schweregraden der Beeinträchtigungen unterteilt sind (Abs. 2 S. 6), werden **gewichtete Punkte** zugeordnet (Abs. 2 S. 7). In der Umrechnung der Summe aller Einzelpunkte in gewichtete Punkte kommt die Gewichtung der Bereiche (Module) nach pflegefachlichen und empirischen Aspekten zum Ausdruck (Abs. 2 S. 8). Die gewichteten Punkte entsprechen der in Abs. 2 S. 8 Nr. 1–5 festgelegten prozentualen Abstufung. Die Gewichtung der in jedem Modul ermittelten Summe an Einzelpunkten soll bewirken, dass die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten von Personen mit körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten andererseits sachgerecht und angemessen bei der Ermittlung der Gesamtpunktzahl berücksichtigt wird. Die gewichteten Punkte entsprechen der in Abs. 2 S. 8 Nr. 1–5 festgelegten prozentualen Abstufung. Die Gewichtung der in jedem Modul ermittelten Summe an Einzelpunkten soll bewirken, dass die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten von Personen mit körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten andererseits sachgerecht und angemessen bei der Ermittlung der Gesamtpunktzahl berücksichtigt wird.

3. Ermittlung des Pflegegrades (Abs. 3)

Der **Pflegegrad** hängt von der Schwere der Pflegebedürftigkeit (§ 1 Abs. 4) und daher nach dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten ab. Die mit dem PSG II beschlossene Neuregelung sieht eine größere Zahl an Abstufungen der Pflegebedürftigkeit vor als nach dem bis Ende 2016 maßgebenden System. Die neuen Pflegegrade sind wegen der vielfältigen Veränderungen beim Pflegebedürftigkeitsbegriff und beim neuen Begutachtungsinstrument mit den bis zum 31.12.2016 geltenden Pfle-

gestufen nur sehr eingeschränkt vergleichbar (BT-Drs. 18/5926, 113). Verändert wurde nicht nur die Zahl der Pflegestufen, sondern die Pflegegrade stellen ein neues, eigenes und differenzierteres System der Einstufung dar. Nach wie vor ist für die Differenzierung jedoch das Ausmaß des Hilfebedarfs maßgebend. Diejenigen, die schwerer von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, sollen höhere Leistungen erhalten als diejenigen, die weniger schwer betroffen sind.

- 29 Bei den in Abs. 3 S. 4 festgelegten **Schwellenwerten** für die einzelnen Pflegegrade handelt es sich um gegriffene Größen, in die allerdings jahrelange Evaluierungen eingeflossen sind. Die Schwellenwerte für die Pflegegrade 1 und 2 sind gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 (BMG (Hrsg.), Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 2013, S. 20 ff.) geringfügig abgesenkt worden, um die Ergebnisse von Erprobungsstudien zu berücksichtigen, die eine etwas ungünstigere Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade ergeben hat als die erste Erprobung in den Jahren 2008/2009. Der Schwellenwert zur Erreichung des Pflegegrades 1 ist das Ergebnis pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und stellt rechnerisch den Mittelwert der von den Beiräten 2009 und 2013 diskutierten Eingangswerte dar. Maßgebend für die Veränderungen gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 war für den Gesetzgeber auch die Überlegung, Personen mit beginnender Pflegebedürftigkeit frühzeitig die Inanspruchnahme der präventiv ausgerichteten Leistungen des Pflegegrades 1 zu ermöglichen (BT-Drs. 18/5926, 113).

4. Besondere Bedarfskonstellationen (Abs. 4)

- 30 In den Abs. 4 hat der Gesetzgeber ein **Instrument zur Nachjustierung** der Ergebnisse aus den Rechenoperationen der Abs. 2 und 3 für Fälle mit außergewöhnlich hohem Hilfebedarf und besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufgenommen. Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen können dem Pflegegrad 5 danach auch dann zugeordnet werden, wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Um die Voraussetzungen für die Annahme derartiger Konstellationen einzugrenzen, wird der Medizinische Dienst Bund ermächtigt, in den BRi nach § 17 Abs. 1 besondere Bedarfskonstellationen für Pflegebedürftige zu konkretisieren. Betroffen sind Pflegebedürftige mit schwersten Beeinträchtigungen und einem außergewöhnlich hohen bzw. intensiven Hilfebedarf. Der Gesetzgeber gesteht damit ein, dass seltene Fallkonstellationen denkbar sind, die einer pflegefachlichen Systematisierung im neuen Begutachtungsinstrument nicht zugänglich sind. Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat verschiedene Fallkonstellationen überprüfen lassen und hat – bestätigt durch die Praktikabilitätsstudie des MDS – ein Vorliegen einer besonderen Bedarfskonstellation nur bei einer Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine festgestellt (BT-Drs. 18/5926, 114). Zum selben Ergebnis kommen die BRi (F 4.1.B unter Ziff. 4.9.1, S. 52). In den BRi ist auch festzulegen, ob und inwieweit eine **besondere Bedarfskonstellation auch für Kinder** und bezogen auf welche Altersstufen gelten soll. Erforderlich ist, dass sich das Kriterium im Rahmen der Befunderhebung bei der Begutachtung sicher identifizieren lässt. Im Rahmen der begleitenden Evaluation (§ 18c) soll auch erhoben werden, ob darüber hinaus weitere besondere Bedarfskonstellationen zu prüfen und in die Richtlinien nach § 17 Abs. 1 aufzunehmen sind.

5. Behandlungspflege (Abs. 5)

- 31 Die Vorschrift hat im Grunde keinen eigenständigen Regelungsgehalt. Sie soll in erster Linie Befürchtungen entgegentreten, die sich aus der Aufnahme des Moduls 5 (Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen) in das neue Begutachtungsinstrument ergeben haben. Die Vor-

schrift stellt lediglich klar, dass die Berücksichtigung sog. krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen bei der Erfassung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten keine Auswirkungen auf die Leistungspflicht der GKV im Rahmen des § 37 Abs. 2 SGB V hat. Im Gegensatz zum früheren verrichtungsbezogenen Bemessungssystem lässt das neue Begutachtungsinstrument über den Bereich „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ in § 14 Abs. 2 Nr. 5 die Berücksichtigung des Unterstützungsbedarfs bei behandlungspflegerischen Maßnahmen zu. Beispielhaft hierfür: BSG 28.9.2017 – B 3 P 3/16 R, NZS 2018, 114. Die Hilfe zur Blutzuckermessung und ggf. nötigen Anpassung der Insulindosis und der Medikamentengabe konnten nicht als Pflegebedarf berücksichtigt werden, weil sie keiner Verrichtung zuzuordnen war.

6. Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern (Abs. 6 und 7)

Leistungen der Pflegeversicherung können auch pflegebedürftige Kinder in Anspruch nehmen. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist allerdings, wie in dem bis Ende 2016 maßgebenden System, der **Vergleich mit altersentsprechend entwickelten Kindern** maßgebend. Auch altersentsprechend entwickelte Kinder haben ihrem Entwicklungsstand entsprechend einen Hilfebedarf, der allerdings keinen Leistungsanspruch gegen die Pflegeversicherung begründet (zum Rechtszustand bis Ende 2016 vgl. hierzu: BSG 14.12.1994 – 3 RK 9/94, SozR 3–2500 § 53 Nr. 7 = BeckRS 1994, 30752373; 14.12.1994 – 3 RK 14/94, SozR 3–2500 § 53 Nr. 8 = BeckRS 1994, 30752365). Die Bemessung von Pflegebedürftigkeit auf der Basis eines Vergleichs mit altersentsprechend entwickelten Kindern bewirkt keine Schlechterstellung hilfebedürftiger Kinder gegenüber Erwachsenen (BSG 24.6.1998 – B 3 P 1/97 R, SozR 3–3300 § 14 Nr. 4 = BeckRS 1998, 30016963). Sie stellt lediglich klar, dass der natürliche, altersentsprechende Pflegebedarf von Kindern unberücksichtigt bleibt und allein auf die das altersübliche Maß übersteigenden Beeinträchtigungen abzustellen ist (zur Bemessung des altersentsprechenden Pflegebedarfs vgl. BSG 15.3.2012 – B 3 P 1/11 R, BSGE 110, 214 = SozR 4–3300 § 15 Nr. 5 = NZS 2012, 622). Dies entspricht der Vorgabe in § 14 Abs. 1, wonach Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten gesundheitlich bedingt sein müssen. Auch bei Kindern, die Beeinträchtigungen aufweisen, die über den altersentsprechenden Entwicklungsstand hinausgehen, erfolgt eine Einstufung anhand der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in fünf Pflegegrade; Abs. 1–3 gelten insofern entsprechend.

Über die Berücksichtigung des altersentsprechenden Entwicklungszustandes hinaus enthalten die BRi weitere **Sonderregelungen für die Bewertung** der Ausprägungen von Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen (Ziff. 5, S. 139 ff.). Dies betrifft zunächst Kleinkinder im Alter bis zu 18 Monaten, für die mit dem „Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme“ bereits in § 14 Abs. 2 Nr. 4 eine Besonderheit erwähnt wird. Im Hinblick auf das bei Kleinkindern in diesem Alter entwicklungsbedingt bestehende hohe Maß an Unselbstständigkeit werden bei ihnen nur die altersunabhängigen Module 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und 5 „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ sowie anstelle des gesamten Moduls 4 nur das Kriterium „Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme“ zur Beurteilung herangezogen. Altersunabhängig ist zudem das Vorliegen einer Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine als besondere Bedarfskonstellation (§ 15 Abs. 4) zu bewerten. Für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr enthalten die BRi (Ziff. 5, S. 152 ff.) für die Bewertung von Beeinträchtigungen eigenständige Tabellen zur Abbildung des altersentsprechenden

Grades der Selbständigkeit bzw. der altersentsprechenden Ausprägung von Fähigkeiten.

- 34 **Kleinkinder** im Alter bis zu 18 Monaten werden nach **Abs. 7** einen Pflegegrad höher eingestuft als Kinder ab dem 19. Lebensmonat und Erwachsene mit demselben Gesamtpunktwert und können in diesem Pflegegrad ohne weitere Begutachtung bis zum 18. Lebensmonat verbleiben, soweit zwischenzeitlich kein Höherstufungsantrag gestellt wird oder eine Wiederholungsbegutachtung aus fachlicher Sicht notwendig ist.

IV. Minderung oder Erhöhung des Pflegebedarfs

- 35 Eine **Minderung oder Erhöhung der Beeinträchtigungen** der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die die Zuordnung zu einem anderen Pflegegrad begründet, stellt eine **wesentliche Änderung** der Verhältnisse iSv § 48 Abs. 1 SGB X dar. Erhöhen sich die Gesamtpunkte derart, dass die Voraussetzungen eines höheren Pflegegrades vorliegen, kann der Pflegebedürftige ab dem Zeitpunkt der Änderung Leistungen nach dem höheren Pflegegrad beanspruchen, sofern er dies rechtzeitig beantragt (§ 33 Abs. 1). Das BSG hat die in § 14 Abs. 1 S. 3 nF enthaltene Voraussetzung der **Dauerhaftigkeit** von Pflegebedürftigkeit (sechs Monate) auch auf den für die einzelnen Pflegestufen erforderlichen Umfang des Pflegebedarfs erstreckt, obgleich dies dem Wortlaut des § 15 aF nicht zu entnehmen war (BSG 19.2.1998 – B 3 P 7/97 R, SozR 3–3300 § 15 Nr. 1 = BeckRS 1998, 30008596); hieran hat sich unter dem neuen Bewertungssystem nichts geändert. Prognostiziert der Gutachter, dass sich das Ausmaß der Beeinträchtigungen bei einem bestimmten Verhalten des Pflegebedürftigen (zB Durchführung einer Therapie, eines bestimmten Trainings etc) vor Ablauf von sechs Monaten mindert, so kann sich dies auf die Zuordnung zu einer Pflegestufe nur dann auswirken, wenn die Mitwirkung dem Pflegebedürftigen ohne weiteres zumutbar ist und der Erfolg der Maßnahme (etwa aufgrund medizinischer Erfahrung) eindeutig erscheint. Kann der Gutachter noch keine sichere Prognose abgeben, etwa weil durch Rehamassnahmen noch eine Besserung und damit eine Minderung des Pflegebedarfs erreicht werden kann, so steht der Pflegekasse seit dem Inkrafttreten des PflegeWEG die Möglichkeit zur Verfügung, die Leistungsbewilligung zu befristen (§ 33 Abs. 1 S. 4; vgl. → § 33 Rn. 6).

V. Verfahrensfragen

- 36 Das Sozialgericht kann sich bei der gerichtlichen Überprüfung des Bescheides der Pflegekasse über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe allein auf das im Verwaltungsverfahren gem. § 18 eingeholte **Gutachten des MD** stützen, wenn dies schlüssig ist. Der im sozialgerichtlichen Verfahren geltende Untersuchungsgrundsatz (§ 103 SGG) macht nicht ohne Weiteres ein gerichtliches Sachverständigengutachten erforderlich (BSG 14.12.2000 – B 3 P 5/00 R, SozR 3–3300 § 15 Nr. 11 = NJW 2001, 3431). Einwände gegen die Schlüssigkeit des Verwaltungsgutachtens, die medizinische oder pflegefachliche Fragen betreffen, müssen allerdings im Regelfall durch Einschaltung von Sachverständigen geklärt werden. Ob das Gericht ein schriftliches Gutachten einholt oder den **Sachverständigen** lediglich **im Termin** mündlich befragt, steht grundsätzlich in seinem Ermessen; geht es allerdings, wie bei der Feststellung vielfältiger Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten um zahlreiche Einzelfeststellungen, so muss sichergestellt werden, dass auch die nicht fachkundigen Beteiligten komplexe Tatsachendarstellungen nachvollziehen können. Hierfür wird regelmäßig ein schriftliches Gutachten erforderlich sein, das den Beteiligten vor dem Termin

zur mündlichen Verhandlung und Entscheidung zur Kenntnis gebracht wird (BSG 25.8.2005 – B 3 P 16/05 B, mAnm Kessel jurisPR-SozR 22/2006). Für die Einschätzung der Ausprägung einer Beeinträchtigung kann ein **Pflege-Tagebuch** eine sachgerechte Tatsachengrundlage bieten.

Die Vorschriften über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem Pflegegrad dienen allein dem Interesse des Versicherten. Rechtspositionen der Einrichtungsträger werden durch sie nicht geschützt. Der Antrag auf Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad kann daher nicht von der Pflegeeinrichtung im eigenen Namen gestellt werden; die Pflegeeinrichtung ist insoweit auch nicht klagebefugt (für die Zuordnung zu einer Pflegestufe vgl. BSG 1.9.2005 – B 3 P 4/05 R, BSGE 95, 102 (108) = SozR 4–3300 § 43 Nr. 1 = NZS 2006, 426). Die Problematik, die durch den steigenden Eigenanteil des Pflegebedürftigen bei einer Höherstufung in stationärer Pflege begründet wurde, dürfte sich durch die Neuregelung des § 84 Abs. 2 S. 3 (einrichtungsindividuelle Eigenanteile) ab 2017 nicht mehr stellen.

Anlagen zu § 15

Anlage 1:

Abdruck → S. 1347 ff.

Anlage 2:

Abdruck → S. 1355 ff.

§ 16 Verordnungsermächtigung

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

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden, vgl. 1 Begr. des RegE S. 99. Die Ermächtigung wurde durch das 1. SGB XI-ÄndG auf die §§ 36 Abs. 4 und 43 Abs. 3 erweitert. Die ursprüngliche Zuständigkeit des BMAS wurde zunächst durch den Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 27.10.1998 (BGBl. I 3288) auf das Bundesministerium für Gesundheit übertragen; durch Art. 219 Nr. 2 der siebten Zuständigkeitsanpassungsverordnung (vom 29.10.2001, BGBl. I 2785) wurde diese Änderung im Gesetzestext umgesetzt. Die Bezeichnungen der zuständigen Ministerien sind im Übrigen mehrmals angepasst worden. Durch Art. 2 Nr. 7 PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424 (2440)) wurde der Gegenstand der Verordnungsermächtigung neu definiert.

II. Ermächtigungsgrundlage

Die Vorschrift ermächtigt das für die Pflegeversicherung zuständige Ministerium 2 (beim Inkrafttreten des SGB XI war dies das BMAS, seit 2001 das BMG), durch

Rechtsverordnung im Einvernehmen mit den anderen im Gesetz genannten Ministerien und mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 zu erlassen.

- 3 Wegen der Auswirkungen auf Pflegeleistungen nach anderen Gesetzen ist ein Einvernehmen mit dem BMFSFJ und dem BMAS herzustellen. Durch die Verordnungsermächtigung soll die Möglichkeit eröffnet werden, Entwicklungen in der Praxis zu korrigieren und ggf. durch weitere Konkretisierungen steuernd einzugreifen. Die Verordnungsermächtigung steht in Konkurrenz zu dem an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gerichteten RL-Auftrag nach § 17 bzw. nach § 53a S. 1 Nr. 2. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers (BT-Drs. 18/5926, 115 zu § 16) kommt ihr nur für den Fall Bedeutung zu, dass die Spitzenverbände der Pflegekassen dem ihnen in § 17 erteilten Auftrag nicht zufriedenstellend nachkommen; vgl. BSG 30.10.2001 – B 3 P 2/01 R, BSGE 89, 44 (46) = NZS 2002, 429 in Bezug auf das Verhältnis von RL und VO bei der Anwendung der Härtefallregelungen. Da die RL gem. § 17 Abs. 2 zusätzlich unter Genehmigungsvorbehalt gestellt worden sind, ist der Erlass einer Verordnung nach § 16 eher unwahrscheinlich.

§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen

(1) ¹Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 18 bis 18c (Begutachtungs-Richtlinien). ²Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen. ³Innen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁴Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ⁵Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. ⁶§ 118 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. ⁷Wird schriftlichen Anliegen der in Satz 5 genannten Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(1a) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a (Pflegeberatungs-Richtlinien). ²An den Pflegeberatungs-Richtlinien nach Satz 1 sind die Länder, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. ³Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihren Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁴Darüber hinaus ergänzt der Spitzenverband

Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der Länder bis zum 31. Juli 2020 die Pflegeberatungs-Richtlinien um Regelungen für eine einheitliche Struktur eines elektronischen Versorgungsplans nach § 7a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und für dessen elektronischen Austausch sowohl mit der Pflegekasse als auch mit den beteiligten Ärzten und Ärztinnen und Pflegeeinrichtungen sowie mit den Beratungsstellen der Kommunen sowie bis zum 31. Dezember 2021 um Regelungen zur Nutzung von digitalen Anwendungen nach § 7a Absatz 2 einschließlich der Festlegungen über technische Verfahren und der Bestimmung von digitalen Anwendungen zur Durchführung der Beratungen. ⁵Die Pflegeberatungs-Richtlinien sind für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich. ⁶Die Festlegungen über technische Verfahren nach Satz 4 sind im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen.

(1b) ¹Der Medizinische Dienst Bund erlässt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. ²Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind dabei nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. ³Im Übrigen gilt § 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 entsprechend.

(1c) ¹Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sind zu beteiligen. ³Die Richtlinien regeln insbesondere

1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,
2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,
3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und
4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen.

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	3
III. Die Richtlinien: Bindungswirkung und verfassungsrechtliche Fragen	8
1. Richtlinien als Rechtsnormen	8
2. Demokratische Legitimation	11
3. Bekanntgabe, Begründung, Beobachtungspflicht, Rechtswidrigkeit	15
4. Rechtsschutz	18
IV. Die einzelnen Ermächtigungen	20
1. Begutachtungs-Richtlinien (Abs. 1)	20
2. Pflegeberatungs-Richtlinien (Abs. 1a)	25
3. Kostenabgrenzungs-Richtlinien (Abs. 1b)	29
4. Dienstleistungs-Richtlinien (Abs. 1c)	32
V. Genehmigung und Beanstandungsrecht	34

I. Geltende Fassung

- 1 Eine Kompetenz zum Erlass von Richtlinien besteht seit den Anfängen der Pflegeversicherung Mitte der neunziger Jahre (zur Entstehungsgeschichte der durch Art. 1 PflegeVG vom 26.5.1994 mWv 1.1.1995 eingefügten Vorschrift: BT-Drs. 12/5262, 99; BT-Drs. 12/5920, 23 f.; BT-Drs. 12/5952, 35 f.; BT-Drs. 12/6424, 2). Nach mehrmaligen kleineren Änderungen, welche etwa die Bezeichnung des genehmigenden Ministeriums betrafen oder in Anpassung an Änderungen anderer Vorschriften erfolgten (vgl. dazu die → 4. Aufl. 2015, § 17 Rn. 1), wurde durch das **Zweite Pflegegestärkungsgesetz** vom 21.12.2015 die Vorschrift grundlegend geändert. Abs. 1 wurde mWv 1.1.2017 in Folge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens im Hinblick auf die vom Spitzenverband Bund zu erlassenden Begutachtungs-Richtlinien neu gefasst (dazu BT-Drs. 18/5926, 115; zur Vorgängerbestimmung des § 17a, die zur Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum Richtlinienerlass ermächtigte und zum 31.12.2016 aufgehoben wurde: BT-Drs. 18/5261, 60 ff.). Ebenfalls durch das Zweite Pflegegestärkungsgesetz wurden Abs. 1a mWv 1.1.2016 eingefügt (dazu BT-Drs. 18/5926, 88 f.) und Abs. 2 S. 1 geändert (dazu BT-Drs. 18/5926, 89). Das Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters vom 11.10.2016 fügte mWv 1.1.2017 Abs. 1b ein und ergänzte insoweit Abs. 2 S. 1 (dazu BT-Drs. 18/9083, 21 f., 33). Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz vom 9.12.2019 (dazu BT-Drs. 19/13438, 31, 76; BT-Drs. 19/14867, 71, 99 f.) wurde Abs. 1a mWv 19.12.2019 neu gefasst.
- 2 Das **MDK-Reformgesetz** vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789) änderte mWv 1.1.2020 die Paragraphenüberschrift von „Richtlinien der Pflegekassen“ in „Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen“ und übertrug dem mit ebendiesem Gesetz neu konstituierten Medizinischen Dienst Bund anstelle des Spitzenverbandes die Befugnis zum Erlass von Richtlinien nach Abs. 1, 1b (zu den Änderungen der Abs. 1 S. 1, Abs. 1a S. 1, Abs. 1b S. 1 und zur Aufhebung von Abs. 1b S. 4, 5 BT-Drs. 19/13397, 34, 96 f.; BT-Drs. 19/14871, 75, 122). Durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz vom 23.10.2020 (BGBl. I 2220) wurde mWv 29.10.2020 Abs. 1b S. 1 geändert (dazu BT-Drs. 19/19368, 18, 41; BT-Drs. 19/20720, 29, 60). Das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22.12.2020 (BGBl. I 3299) änderte mWv 1.1.2021 Abs. 1a S. 1, 4 (dazu BT-Drs. 19/23483, 17, 39). Mit dem Digitale-Versorgung- und -Pflege-

Modernisierungs-Gesetz vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) wurden mWv 9.6.2021 Abs. 1a S. 4 geändert und S. 6 angefügt (dazu BT-Drs. 19/27652, 53 f., 141). Das **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz** vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) änderte mWv 1.10.2023 Abs. 1 S. 1 sowie Abs. 2 S. 1 und fügte Abs. 1 S. 7 sowie Abs. 1c ein, der dem bis dahin geltenden § 18b entspricht (dazu BT-Drs. 20/6544, 8 f., 54).

II. Normzweck

Zum Zwecke der Förderung einer einheitlichen Rechtsanwendung (angesichts 3 des § 23 Abs. 6 Nr. 1 gelten die Richtlinien ebenfalls für die private Pflegeversicherung; für die Sozialhilfe vgl. § 62 SGB XII) verpflichtet der Gesetzgeber mit Abs. 1 nunmehr den Medizinischen Dienst Bund (zur Organisationsform als Körperschaft des öffentlichen Rechts und zu seiner Zusammensetzung: § 53c Abs. 2; §§ 281, 282 SGB V) anstelle des vor dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 zuständigen Spitzenverbandes Bund (§ 53) unter Beteiligung der in Abs. 1 S. 2 genannten Organisationen, Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 18 ff. zu erlassen (**Begutachtungs-Richtlinien**). Diese bedürfen für ihr Wirksamwerden der Genehmigung gem. § 17 Abs. 2 durch das BMG. Nach § 16 besteht für das BMG zudem die Möglichkeit zum Erlass einer entsprechenden **Rechtsverordnung**, die des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend und mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Sofern eine Rechtsverordnung seitens des BMG ergeht, kommt dieser Vorrang gegenüber der Richtlinie zu (BT-Drs. 18/5926, 115) und kann der Medizinische Dienst Bund nur noch in diesem Rahmen durch Richtlinien Regelungen treffen. Die Ausübung der Verordnungsermächtigung ist allerdings gegenüber dem Richtlinienerrlass subsidiär, denn sie steht unter dem Vorbehalt, dass der Medizinische Dienst Bund keine Richtlinie erlässt oder er aus Sicht des BMG keine ausreichenden Regelungen trifft (vgl. BT-Drs. 12/5262, 99). Da das BMG in letzterem Falle nach § 17 Abs. 2 im Rahmen der Genehmigungserteilung auch die Möglichkeit einer Beanstandung hat, stellt sich die Frage, ob es insoweit der Verordnungsermächtigung überhaupt bedarf. Bislang ist noch keine Rechtsverordnung erlassen worden.

Keine Zuständigkeitsänderung hinsichtlich des Erlasses erfolgte durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789) für die **Pflegeberatungs-Richtlinien** nach Abs. 1a, sodass für diese nach wie vor der Spitzenverband Bund zuständig ist. Dagegen ist nunmehr gem. Abs. 1b der Medizinische Dienst Bund zuständig für den Erlass der **Kostenabgrenzungs-Richtlinien** zur Kostenabgrenzung zwischen GKV und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandelungspflegerischen Leistungen haben (Intensivpflege) und Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sowie der häuslichen Krankenpflege oder der außerklinischen Intensivpflege beziehen. Ebenfalls ist der Medizinische Dienst Bund jetzt gem. Abs. 1c zuständig für den zuvor in § 18b entsprechend geregelten Erlass der **Dienstleistungs-Richtlinien**, die die Servicequalität und die Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren gewährleisten und stärken sollen.

Sämtliche Richtlinien nach § 17 bedürfen nach Abs. 2 als Wirksamkeitsvoraussetzung der Genehmigung durch das BMG. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinie nicht innerhalb eines Monats nach Vorlage beanstandet wurde.

§ 17 regelt die Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund oder des 6 Spitzenverbandes Bund nicht abschließend. Vielmehr finden sich Ermächtigungen zum **Erlass von Richtlinien an anderer Stelle** und in anderen Regelungskontexten des SGB XI. So ermächtigt etwa § 53d den Medizinischen Dienst Bund zum

Erlass einzelner Richtlinien, etwa zur Personalbedarfsermittlung oder über die Grundsätze zur Fort- und Weiterentwicklung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Nach § 114a Abs. 7 erlässt der Medizinische Dienst Bund zudem Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich (vgl. dazu, bezogen auf den vormals zuständigen Spitzenverband Bund, Axer KrV 2015, 97 ff.). Weniger Richtlinienbefugnisse kommen nach dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789) jetzt dem Spitzenverband Bund zu, etwa noch nach § 53b zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte für die Aufgaben nach § 43b. Die Richtlinien aufgrund von Ermächtigungen jenseits des § 17 dienen ebenso dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung.

- 7 Die für den Bereich der Pflege erlassenen Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund sind auf der **Internetseite des Medizinischen Dienstes Bund** unter Richtlinien/Publicationen zu finden. Zum Teil hat der Medizinische Dienst Bund selbst noch keine Richtlinien erlassen, sodass nach den **Übergangsregelungen** des § 53c Abs. 3 iVm §§ 411, 412 SGB V die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund bis zu ihrer Aufhebung oder Änderung durch den Medizinischen Dienst Bund weiter gelten. Die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund sowie die Gemeinsamen Empfehlungen oder Empfehlungen im Bereich der Pflege sowie das Gemeinsame Rundschreiben des Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI sind auf der **Internetseite des GKV-Spitzenverbandes** unter Pflegeversicherung, Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare zu finden.

III. Die Richtlinien: Bindungswirkung und verfassungsrechtliche Fragen

1. Richtlinien als Rechtsnormen

- 8 Allgemeiner Ansicht nach gelten die pflegeversicherungsrechtlichen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund als **Verwaltungsbinnenrecht** und werden vergleichbar Verwaltungsvorschriften behandelt, die Außenwirkung über den Gleichbehandlungsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG) sowie die Selbstbindung der Verwaltung erlangen (vgl. BSG 19.2.1998 – B 3 P 7/97 R, NZS 1998, 479 (480); 10.3.2010 – B 3 P 10/08 R, BeckRS 2010, 70443 Rn. 17; 28.9.2017 – B 3 P 3/16 R, BeckRS 2017, 136262 Rn. 22; LSG Hmb 25.1.2023 – L 1 P 11/21, BeckRS 2023, 3182 Rn. 22; SG Karlsruhe 10.9.2019 – S 11 P 1068/18, BeckRS 2019, 28171 Rn. 36; SG Saarbrücken 30.9.2021 – S 19 P 174/20, BeckRS 2021, 46847 Rn. 60; SG Augsburg 9.2.2023 – S 6 SO 153/21, BeckRS 2023, 1767 Rn. 28; BeckOK SozR/Pfztzner Rn. 3; BeckOGK/Weber Rn. 5; NK-GesundheitsR/Baumeister Rn. 5 f.; Hauck/Noftz/Wagner Rn. 5 ff.; jurisPK-SGB XI/Roller Rn. 59 ff.; Knickrehm/Roßbach/Waltermann/Philipp Rn. 3; LPK-SGB XI/Krahmer/Eisfeld Rn. 21 ff.; Spickhoff Medizinrecht/Udsching SGB XI § 17 Rn. 2; s. dazu auch Kessler-Jensch, Die Richtlinien im SGB XI, 2005, S. 33 ff., 101 ff.; Roller, Pflegebedürftigkeit, 2007, S. 47 ff.; Udsching FS Krasney, 1997, 677 ff.; zur Problematik ebenfalls Lehmann-Franßen, Die Beachtlichkeit der Richtlinien nach § 17 SGB XI, Diss. 2003, S. 126 ff.). Dies soll ebenso für die pflegeversicherungsrechtlichen **Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund** gelten, obschon für die krankenversicherungsrechtlichen Richtlinien nach §§ 282, 283 SGB V der Normcharakter durchaus bejaht wird (vgl. etwa BeckOK SozR/Heberlein SGB V § 282 Rn. 19; v. Koppenfels-Spies/Wenner SGB V/Ihle SGB V § 283 Rn. 10; s. auch Becker/Kingreen/Seifert SGB V § 283 V Rn. 7).

Gegen ein Verständnis der pflegeversicherungsrechtlichen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund und des Medizinischen Dienstes Bund als Verwaltungsvorschriften vergleichbares Verwaltungsbinnenrecht sprechen die gesetzlichen Ermächtigungen unter genauer Regelung des Erlassverfahrens mit Beteiligung zahlreicher Organisationen und unter Einbeziehung externen Sachverständes, das Genehmigungserfordernis als Wirksamkeitsvoraussetzung und das Beandstandungsrecht des BMG sowie die Funktion und der Zweck der Richtlinien, in Abs. 1 S. 1 auch explizit geregelt, eine einheitliche Rechtsanwendung zu gewährleisten. Schon dieses Ziel setzt **normative Verbindlichkeit** voraus und kann nicht durch eine grundsätzliche Unverbindlichkeit erreicht werden. Dass diese selbst von der herrschenden Ansicht so nicht gewollt ist, zeigt sich daran, dass die Unverbindlichkeit über die Behelfsbrücke des Art. 3 Abs. 1 GG wieder relativiert und zurückgenommen wird und den Richtlinien „eine gewisse Bindungswirkung auch im Außenverhältnis“ zukommen soll und sie zur „Vermeidung von Ungleichbehandlungen zu beachten“ (vgl. BSG 28.9.2017 – B 3 P 3/16 R, BeckRS 2017, 136262 Rn. 22) sein sollen (s. dazu im Einzelnen Axer SGB 2012, 501 (504 ff.)). Von ihrem Inhalt und ihrer Funktion her reichen die Richtlinien zudem über den Verwaltungsbinnenraum des Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes Bund hinaus und beschränken sich in ihren Rechtswirkungen nicht auf Regelungen kraft Organisations- und Geschäftsleistungsgewalt für das Handeln des Spitzenverbandes oder des Medizinischen Dienstes Bund. Sie treffen über den internen Bereich hinaus etwa Vorgaben für die Pflegekassen, die keine Unterorganisation des Medizinischen Dienstes Bund sind, für die Medizinischen Dienste, die keine Unterorganisation des Spitzenverbandes Bund sind und gegenüber dem Medizinischen Dienst Bund rechtlich Selbständigkeit besitzen, oder für private Pflegeversicherungsunternehmen. Sie regeln und bestimmen zudem das Handeln der Medizinischen Dienste im Einzelfall gegenüber dem Versicherten bei der Begutachtung, sei es über die Begutachtungs-Richtlinien oder die Dienstleistungs-Richtlinien. Hier nur eine über den Gleichheitssatz relativierte und abgeschwächte Bindung anzunehmen, schränkt nicht nur die Rechtsstellung der Versicherten ein, sondern läuft ebenso der gesetzlichen Regelungsintention, der Funktion und dem Zweck der Richtlinien zuwider.

Dass in Abs. 1a S. 5 für die Beratungs-Richtlinien die Verbindlichkeit gegenüber den Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen und der Pflegestützpunkte ausdrücklich angeordnet wird, Abs. 1c explizit von **verbindlichen Richtlinien** spricht oder in § 53d Abs. 3 S. 4 die Verbindlichkeit der Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund nach § 53d Abs. 3 S. 1 Nr. 1–6 gegenüber den Medizinischen Diensten und den Pflegekassen **ausdrücklich genannt** ist, bestätigt die normative Verbindlichkeit, denn der Gesetzgeber gibt damit schon selbst deutlich zu erkennen, dass Verbindlichkeit gewollt ist. Die normative Verbindlichkeit folgt, unabhängig von der ausdrücklichen Regelung, schon aus der gesetzlichen Ermächtigung selbst, denn ebenso wie die Verbindlichkeit einer Rechtsverordnung oder Satzung bereits in der gesetzlichen Ermächtigung gründet, erlangt die Richtlinie ihre Bindungswirkung gegenüber Dritten, etwa den Pflegekassen, Versicherten und Leistungserbringern, aufgrund der gesetzlichen Ermächtigung zur Normsetzung (zur Zulässigkeit von Normsetzungsformen wie der Richtlinie jenseits von Rechtsverordnung und Satzung schon mangels eines verfassungsrechtlichen numerus clausus der Normsetzungsformen Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S. 208 ff.). Durch die normative Verbindlichkeit wird die Rechtsstellung der Betroffenen verstärkt, Rechtssicherheit gewährleistet und verbleibt die Rechtswirkung nicht im Relativen (zur Verbindlichkeit Axer SGB 2012, 501 (504 ff.); s. auch Verbindlichkeit annehmend Krauskopf/Knittel SGB XI § 53a Rn. 4; Krauskopf/Knittel SGB XI § 53d Rn. 24 ff.; offenlassend Masuch/Spellbrink/Becker/Leibfried, Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats Bd. II/Schütze, 2015, S. 201 (218)). Schließlich bleibt die gerichtliche Kontrollbe-

fugnis bei Verbindlichkeit der Richtlinien vergleichbar der bei Satzungen, Rechtsverordnungen oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehen. Die Gerichte haben ebenfalls bei normativer Verbindlichkeit die Richtlinien auf ihre Vereinbarkeit mit dem höherrangigen Recht hin zu überprüfen und die Bindungswirkung untergesetzlicher Normen befreit die Gerichte nicht von einer Überprüfung der Richtlinien am Maßstab des Gesetzes dahingehend, ob sie sich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben halten.

2. Demokratische Legitimation

- 11 Als amtliches Handeln mit Entscheidungscharakter bedürfen die Richtlinien der demokratischen Legitimation. Dies gilt ebenso bei einer Qualifikation der Richtlinien als bloßes Verwaltungsinnenrecht, denn selbst dann bilden diese regelmäßig über den Allgemeinen Gleichheitssatz die rechtlich relevante Grundlage für weitere Entscheidungen gerade durch die Pflegekassen. Die Frage der demokratischen Legitimation der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung wird vor allem anhand der **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses** kontrovers diskutiert (vgl. mwN Holzner, Konsens im Allgemeinen Verwaltungsrecht und in der Demokratietheorie, 2016, S. 279 ff.; Kingreen VSSAR 2019, 155 ff.; zum Problemkreis s. auch die im Auftrag des BMG 2017 erstellten, auf der Homepage des BMG abrufbaren Gutachten von Gassner/Holzner, Kingreen und Kluth sowie zu diesen: Büscher KrV 2018, 226 ff.; Hase GuP 2019, 41 ff.).
- 12 In einem **Beschluss vom 10.11.2015** hatte das BVerfG (10.11.2015 – 1 BvR 2056/12, NJW 2016, 1505 ff. mAnm Wallrabenstein KrV 2015, 240 f.; s. auch Gassner NZS 2016, 121 ff.; Lege JZ 2016, 464 ff.), nachdem es die Frage der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses lange Zeit offengelassen hatte, die generellen und allgemeinen Zweifel an der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses als durchaus gewichtig bezeichnet, ohne jedoch die Zweifel näher zu belegen, zu erläutern und insbesondere zu klären. Stattdessen wies der Senat auf die seines Erachtens nicht ausreichende Substantiierung der Verfassungsbeschwerde hin: Es bedürfe konkreter Ausführungen nicht nur zum Einzelfall, sondern auch zur Ausgestaltung der in Rede stehenden Befugnis, zum Gehalt der Richtlinie und zur Reichweite der Regelung auf an ihrer Entstehung Beteiligte oder auch unbeteiligte Dritte. Denn es sei nicht ausgeschlossen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für eine Richtlinie hinreichende Legitimation besitze, wenn sie zB nur an der Regelsetzung Beteiligte mit geringer Intensität treffe, während sie für andere seiner Normen fehlen könne, wenn sie zB mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regle, die an deren Entstehung nicht mitwirken können. Maßgeblich sei hierfür insbesondere, inwieweit der Ausschuss für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet sei. Das BSG hat bislang – soweit ersichtlich – auch nach dem Beschluss des BVerfG im Hinblick auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses keine Bedenken im Hinblick auf die demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses in Bezug auf die jeweils streitigen Richtlinien geäußert (vgl. nur BSG 17.3.2021 – B 6 KA 3/20 R, BeckRS 2021, 13219).
- 13 Die **Richtlinien des Spitzenverbandes Bund** verstoßen im Grundsatz nicht gegen das Demokratieprinzip, gerade wenn und weil sie aufgrund gesetzlicher Ermächtigung und engmaschiger inhaltlicher gesetzlicher Vorgaben erlassen werden. Weiterhin besteht eine Rechtsaufsicht durch das BMG, das die Richtlinien genehmigen muss und beanstanden kann. Die Versicherten werden über den Spitzenverband Bund repräsentiert; zudem haben die Patienten idR überdies noch über die Organisationen nach § 118 Mitwirkungsrechte. Mitwirkungsrechte sind daneben noch für weitere Organisationen vorgesehen, bis hin zu den Trägern der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Das BSG hat für die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“

des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 240 SGB V in der GKV die demokratische Legitimation des Spitzenverbandes zur Normsetzung bejaht (BSG 19.12.2012 – B 12 KR 20/11 R, BeckRS 2013, 69654 Rn. 23 ff.; s. auch Axer SGB 2012, 501 (502 f.)); in Bezug auf die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Vereinigungen der Träger auf Bundesebene, den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände nach § 115 Abs. 1a S. 6 SGB XI aF zu vereinbarende Pflegetransparentenvereinbarung sah es keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken (BSG 16.5.2013 – B 3 P 5/12 R, BeckRS 2013, 72101 Rn. 20). Auch das BVerfG stellte im Hinblick auf eine normenvertragliche Regelung in der GKV durch den Spitzenverband Bund fest, dass keine Bedenken gegen eine ausreichende demokratische Legitimation der bundesmantelvertraglichen Regelung ersichtlich und nicht vorgetragen seien (BVerfG 15.8.2018 – 1 BvR 1780/17, 1781/17, BeckRS 2018, 19902).

Schwieriger ist die **demokratische Legitimation des Medizinischen Dienstes Bund zum Richtlinienenerlass** zu beurteilen. Dieser ist zwar gem. § 53c Abs. 2 iVm § 281 SGB V als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert, jedoch ist er, was mit dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789) auch bezweckt war, von den Krankenkassen losgelöst und unabhängig. Da aber im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund (vgl. § 282 SGB V) von den stimmberechtigten 21 Vertretern 16 von Seiten der Krankenkassen kommen, kann gegen die Mehrheit der Sozialversicherungsvertreter keine Entscheidung erfolgen (vgl. dazu Becker/Kingreen/Seifert SGB V § 283 Rn. 4) und lässt sich der Medizinische Dienst Bund deshalb und von seinen Aufgaben her (noch) als eine Organisation der Sozialversicherung und damit als Träger der Sozialversicherung iSd Art. 87 Abs. 2 GG begreifen. Für die mittelbare Staatsverwaltung hat ferner das BVerfG spätestens mit der Wasserverbandsentscheidung aus dem Jahre 2002 (BVerfG 5.12.2002 – 2 BvL 5/98, 2 BvL 6/98, BVerfGE 107, 59 ff.) verdeutlicht, dass das Demokratieprinzip außerhalb der unmittelbaren Staatsverwaltung und der gemeindlichen Selbstverwaltung offen ist für Formen der Organisation und Ausübung von Staatsgewalt, die insbes. vom Erfordernis lückenloser personeller, durch Wahl- und Bestellungsakte vermittelter demokratischer Legitimation aller Entscheidungsbefugten abweichen. Da es zudem zur Wirksamkeit der Richtlinien der Genehmigung des BMG bedarf und eine Rechtsaufsicht des BMG besteht, ist die demokratische Legitimation bei hinreichender gesetzlicher Anleitung durch inhaltlich vom Gesetzgeber ausreichend bestimmt formulierte gesetzliche Ermächtigungen grundsätzlich zu bejahen.

3. Bekanntgabe, Begründung, Beobachtungspflicht, Rechtswidrigkeit

Schon aus rechtsstaatlichen Gründen bedürfen die Richtlinien der **Bekanntgabe**, 15 die es erfolgen muss, dass sich die Betroffenen verlässlich und ohne unzumutbare Erschwernisse vom Inhalt der jeweiligen Normen Kenntnis verschaffen können (zu Fragen der Publikation allgemein: BSG 19.12.2012 – B 12 KR 20/11 R, BeckRS 2013, 69654 Rn. 36 (Beitragsverfahrensgrundsätze); BSG 26.5.2021 – B 6 KA 8/20 R, BeckRS 2021, 24340 Rn. 28 ff. (Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der GKV); Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S. 403 ff.; kritisch zur Publikation der Zulassungs-Richtlinien nach § 72 Abs. 3a, 3b Hänlein SGB 2023, 201 (205 f.)). Die Publikation ist zudem Wirksamkeitsvoraussetzung; erst mit ihr kann die Richtlinie rechtliche Wirkung entfalten. Eine generelle verfassungsrechtliche Pflicht zur **Begründung** untergesetzlicher Normen besteht nicht (allg. dazu: BSG 18.12.2012 – B 1 KR 34/12 R, BeckRS 2013, 68474; 17.9.2013 – B 1 KR 54/12 R, BeckRS 2014, 66635; 19.2.2014 – B 6 KA 38/12 R, BeckRS 2014, 69909; Steiner GesR 2013, 193 ff.; Waldhoff GesR 2013, 197 (200 ff.); Axer GesR 2013, 211 ff.; s. auch Hannes GesR 2013, 219 ff.; Roters GesR 2012, 604 ff.).

Doch kann das Fehlen einer Begründung rechtlich relevant werden und so im Einzelfall eine Obiegenheit des Normsetzers zur Begründung bestehen, wenn ohne Begründung eine Kontrolle der Norm und des Normsetzungsverfahrens nicht möglich ist, etwa im Hinblick auf von Gesetzes wegen zu berücksichtigende Stellungnahmen oder im Hinblick auf die Ermittlung des pflegefachwissenschaftlichen Standes oder die zugrundeliegenden Berechnungen.

- 16 Nach Erlass der Richtlinie besteht für den Medizinischen Dienst Bund und für den Spitzenverband eine **Beobachtungspflicht** und ggf. eine Reaktionspflicht im Sinne einer Streichung oder Nachbesserung, wenn sich herausstellt, dass der Zweck der Richtlinie ganz oder teilweise nicht mehr erreicht bzw. verfehlt wird (zur Beobachtungspflicht in Bezug auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mwN Axer KrV 2019, 45 ff.; zur Beobachtungs- und Weiterentwicklungspflicht in Bezug auf den Gesetzgeber bei der Pflege-Transparenzvereinbarung BSG 16.5.2013 – B 3 P 5/12 R, BeckRS 2013, 72101).
- 17 Ist eine Richtlinienbestimmung rechtswidrig, so folgt daraus grundsätzlich deren **Nichtigkeit** (zur Frage einer Fehlerfolgenlehre bei exekutiver Normsetzung im Sozialversicherungsrecht, die die Nichtigkeit als Folge der Rechtswidrigkeit „abmildert“: Axer SGB 2013, 669 (676); Hannes GesR 2013, 219 ff.; s. allgemein auch Ellerbrok, Die öffentlich-rechtliche Satzung, 2020, S. 343 ff.).

4. Rechtsschutz

- 18 Rechtsschutz gegen untergesetzliche Normen wurde und wird sozialgerichtlich regelmäßig **inident** im Rahmen einer Klage gegen den auf der Grundlage der jeweiligen Norm ergangenen Vollzugsakt, etwa die Versagung einer pflegeversicherungsrechtlichen Leistung, gewährt. **Unmittelbarer Rechtsschutz** gegen eine untergesetzliche Norm ist dagegen nur eingeschränkt möglich: Die Vorschrift des § 55a SGG, mit der eine abstrakte oder prinzipiale Normenkontrolle eng begrenzt für Satzungen und entsprechende untergesetzliche Normen nach § 22a SGB II eröffnet wurde, ist insoweit nicht analogiefähig (s. dazu mwN Axer SGB 2013, 669 (671 f.)). In Fällen, in denen eine Norm bereits ohne anfechtbaren Vollzugsakt Rechtswirkungen zeitigt oder das Abwarten auf einen Vollzugsakt vor dem Hintergrund der Garantie des effektiven Rechtsschutzes in Art. 19 Abs. 4 GG unzumutbar ist, besteht die Möglichkeit einer Klage auf Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG. Soweit es um eine Klage auf Normerlass geht, kommt nach neuerer bundessozialgerichtlicher Rspr. im Krankenversicherungsrecht nicht mehr die Leistungsklage, sondern ebenfalls die Feststellungsklage in Betracht (vgl. etwa BSG 28.9.2016 – B 6 KA 25/15 R, BeckRS 2016, 113825 Rn. 22; s. zur Klageart auch Axer SGB 2013, 669 (674); Ruland/Becker/Axer SRH/Flint § 13 Rn. 218; Seifert ZMGR 2018, 91 ff.).
- 19 Richtlinien unterliegen, auch bei inzidenter gerichtlicher Überprüfung, formell und materiell **grundsätzlich umfassender gerichtlicher Kontrolle**. In Anlehnung an die Rspr. des BSG zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Richtlinien formell und materiell in der Weise zu prüfen, als ob der Bundesgesetzgeber derartige Regelungen in Form einer untergesetzlichen Norm, etwa einer Rechtsverordnung, selbst erlassen hätte (vgl. dazu in Bezug auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses BSG 15.12.2015 – B 1 KR 30/15 R, BeckRS 2016, 66125 Rn. 23 ff.; Seifert ZMGR 2018, 91 ff.). Anzuerkennen ist allerdings ein normativer Gestaltungsspielraum, dessen Reichweite wiederum wesentlich von dem jeweiligen Ermächtigungsrahmen abhängt und umso geringer ist, je enger und detaillierter der Gesetzgeber Vorgaben trifft. Ein darüberhinausgehender gerichtlich nur beschränkt überprüfbarer Gestaltungsspielraum kann allenfalls dann bestehen, wenn es um die Bewertung pflegefachwissenschaftlichen Sachverstandes geht,

jedoch unterliegt dann gerade wiederum das Verfahren zu dessen Ermittlung umfassender gerichtlicher Kontrolle.

IV. Die einzelnen Ermächtigungen

1. Begutachtungs-Richtlinien (Abs. 1)

Mit Abs. 1 erhält der Medizinische Dienst Bund die Kompetenz, in **Begutachtungs-Richtlinien** pflegefachliche Konkretisierungen der Inhalte des Begutachtungsinstruments und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorzunehmen (BT-Drs. 18/5926, 115). Nach der Gesetzesbegründung zum MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789) hat nunmehr anstelle des Spitzenverbandes Bund der Medizinische Dienst Bund „entsprechend seiner mit diesem Gesetz geschaffenen Unabhängigkeit und unter Berücksichtigung seiner in diesem Zusammenhang vorhandenen pflegefachlichen Expertise“ die Richtlinien zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung für die Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste zu erlassen (BT-Drs. 19/13397, 96). Die Richtlinien sind gem. Abs. 1 S. 1 **im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund** zu erlassen (s. auch § 53d Abs. 3 S. 1). Obschon Benehmen kein Einvernehmen bedeutet, sodass Änderungen der Richtlinie nicht der Zustimmung des Spitzenverbandes Bund bedürfen, dieser also Änderungen nicht verhindern kann, kommt dem Spitzenverband Bund eine starke Stellung zu, die über eine Beteiligung, wie sie Abs. 1 S. 2 für die dort genannten Organisationen vorsieht, hinausgeht. Benehmen ist mehr als nur Beteiligung und verlangt ein Bemühen seitens des Medizinischen Dienstes Bund um eine einvernehmliche Lösung. Kommt diese nicht zustande, hat der Medizinische Dienst Bund seinen abweichenden Standpunkt zu begründen und zu rechtfertigen.

Die **pflegefachliche Konkretisierungsbefugnis** durch Richtlinien betrifft nach der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 18/5926, 115) insbesondere die pflegefachlichen Beschreibungen der Kriterien des § 14 Abs. 2 für die Zwecke des Begutachtungsinstruments, für die Erstellung des Begutachtungsformulars sowie das Erstellen von entsprechenden, dafür erforderlichen Ausfüllanleitungen und Manualen auf pflegefachlicher Basis; dies soll nach der Gesetzesbegründung ua auch der Schulung der Gutachter und der Erstellung der entsprechenden technischen Umsetzung der Begutachtungs-Software dienen. Zudem hat der Medizinische Dienst Bund in den Richtlinien weiterhin die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens zu konkretisieren (s. dazu BT-Drs. 18/5926, 117). Die Begutachtungs-Richtlinien haben inzwischen mit Anlagen einen Umfang von rund 250 Seiten erlangt, was wiederum die Bedeutung der Richtlinien widerspiegelt.

Inhaltlich müssen sich die Richtlinien im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben halten und ist das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht des SGB XI nicht nur zu beachten, sondern zu befolgen und haben die Richtlinien sich in diesem Rahmen zu halten, sodass die klarstellende Formulierung in § 53d Abs. 2 S. 1 „unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts“ (zu dieser BT-Drs. 19/14871, 122) eher zu schwach formuliert ist. **Vorrang und Vorbehalt des Gesetzes** sowie die Rangordnung der Rechtsquellen, etwa mit dem Vorrang der Rechtsverordnung gegenüber der Richtlinie, gelten schon von Verfassungs wegen.

Bei Änderungen der Richtlinien sind die in Abs. 1 S. 2 genannten Organisationen zu beteiligen. Der Kreis der genannten Organisationen hat sich gegenüber der früheren Regelung in Abs. 1 vor dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz geändert; so ist etwa auch der Verband der privaten Krankenversicherung aufgeführt. Mit den Änderungen sollen die **Beteiligungrechte** entsprechend den in anderen Bereichen für

Richtlinien geltenden Regelungen weiterentwickelt werden (BT-Drs. 18/5926, 116). In Bezug auf die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene erfolgte jedoch keine Beschränkung auf die maßgeblichen Verbände. Unter Übermittlung der für die Stellungnahme erforderlichen Informationen ist den Organisationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Recht zur Stellungnahme muss effektiv wahrgenommen werden können; es kann jedoch auf schriftliche Stellungnahmen beschränkt sein. Nach S. 4 sind die Stellungnahmen vom Medizinischen Dienst Bund in die Entscheidung einzubeziehen. Dieser ist demnach zwar nicht an die Stellungnahmen gebunden und kann von ihrem Inhalt abweichen, jedoch hat er die Stellungnahmen zu berücksichtigen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Auch aus Gründen der späteren gerichtlichen Überprüfbarkeit ist insoweit eine Dokumentation und Begründung durch den Medizinischen Dienst Bund erforderlich. Für die **Medizinischen Dienste** sieht § 53d Abs. 3 S. 1 eine fachliche Beteiligung vor (dazu BT-Drs. 19/14871, 122), die zwar entsprechend der Regelung in Abs. 1 S. 3 f. erfolgen kann, aber nicht genau so erfolgen muss.

- 24 Nach Abs. 1 S. 5 wirken die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen gem. der nach § 118 Abs. 2 erlassenen **Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung** mit (vgl. dazu → § 118 Rn. 2 ff.). Die entsprechende Anwendung des § 118 Abs. 1 S. 2 nach Abs. 1 S. 6 macht deutlich, dass das Mitberatungsrecht über ein bloßes Recht zur Stellungnahme hinausreicht, indem das Mitberatungsrecht auch das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen umfasst. Nach Abs. 1 S. 7 besteht nunmehr bei Nichtbefolgung schriftlicher Anliegen ausdrücklich ein Anspruch der jeweiligen Organisation auf schriftliche Mitteilung der Gründe.

2. Pflegeberatungs-Richtlinien (Abs. 1a)

- 25 Unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund hat der Spitzenverband Bund die **Pflegeberatungs-Richtlinien** zu erlassen. Durch diese soll ua erreicht werden, dass der Zugang zu Leistungen der Sozialversicherung verbessert, das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen gestärkt wird und die Verbraucher- und Dienstleistungsorientierung der Pflegeberatung für die Versicherten und ihre Familienangehörigen sichergestellt bleibt und zugleich die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Beratungstätigkeiten nach § 7a Abs. 1 S. 3 gewährleistet wird (vgl. dazu und zu den einzelnen Themenfeldern, zu denen in den Richtlinien Maßstäbe und Grundsätze zu regeln sind, BT-Drs. 18/5926, 88 f.). Dabei sind auch die einschlägigen Empfehlungen des Qualitätsausschusses nach § 113b vor allem zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Beratungsbesuche nach Maßgabe von § 37 Abs. 3, 5 zu berücksichtigen. Unter Berücksichtigung der Rahmenverträge nach § 7a Abs. 7 sollen in den Richtlinien auch Vorgaben für eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Beratungsstellen erfolgen (vgl. BT-Drs. 18/5926, 89).
- 26 Abs. 1a S. 2 sieht für die dort namentlich Genannten **Beteiligungsrechte** vor. Diese erstrecken sich auf die Erarbeitung und Änderung der Richtlinien. Sie müssen effektiv ausgeübt werden können, allerdings trifft der Gesetzgeber keine weiteren Vorgaben zu den Modalitäten wie in Abs. 1 S. 3, 4. Da jedoch kein Grund erkennbar ist, warum für die Richtlinien nach Abs. 1a in Bezug auf die Art und Weise der Beteiligung anderes gelten soll als für die Richtlinien nach Abs. 1 und in Abs. 1b die entsprechende Anwendung angeordnet ist, sind die Regelungen entsprechend anzuwenden. In der Begründung zur Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf für ein Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters, durch den § 17 Abs. 1b eingefügt wurde, heißt es zudem, dass ab dem 1.1.2017

die Beteiligungsvorschriften des § 17 Abs. 1 S. 2–6 für alle Richtlinien des § 17 gelten (BT-Drs. 18/9083, 33).

Nach Abs. 1a S. 3 ist den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen und den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihren Angehörigen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Da der Gesetzgeber in diesem Zusammenhang nicht die Vorschrift des § 118 zur Beteiligung von Interessenvertretungen nennt und in § 118 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 die Vorschrift des § 17 Abs. 1a nicht erwähnt wird, besteht vom Wortlaut her kein Mitberatungsrecht nach § 118 für die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen. Auch hier könnte an eine analoge Anwendung gedacht werden, gerade auch angesichts der Beteiligung nach § 118 in Bezug auf die Richtlinien nach Abs. 1 und Abs. 1b.

Durch das Digitale-Versorgung-Gesetz vom 9.12.2019 (BGBl. I 2562, dazu BT-Drs. 19/13438, 31, 76; BT-Drs. 19/14867, 71, 99 f.) wurde Abs. 1a um S. 4 ergänzt, um eine einheitliche elektronische Kommunikation bei der Beratung durch Einbindung in die digitale Infrastruktur unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben zu ermöglichen. Mit dem Digitale-Versorgung- und -Pflege-Modernisierungs-Gesetz v. 3.6.2021 wurden mWv 9.6.2021 Abs. 1a S. 4 geändert mit der Verpflichtung, die Pflegeberatungs-Richtlinien um Regelungen zur Nutzung von digitalen Anwendungen zu ergänzen, und S. 6 angefügt mit der Pflicht, das datenschutzrechtliche Einvernehmen herzustellen (dazu BT-Drs. 19/27652, 141).

3. Kostenabgrenzungs-Richtlinien (Abs. 1b)

Nach Abs. 1b hat nunmehr der Medizinische Dienst Bund Richtlinien zu erlassen zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die **einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen** haben (vgl. dazu auch § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V und die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege; s. auch BT-Drs. 18/9083, 33) und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe gem. § 36 sowie der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 Abs. 2 SGB V oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V (zur Einfügung durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz v. 23.10.2020, BGBl. I 2220, BT-Drs. 19/19368, 18, 41; BT-Drs. 19/20720, 29, 60) beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Die mit dem Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters vom 11.10.2016 (BGBl. I 2233) eingefügte Vorschrift des Abs. 1b beruht zum einen auf einem Urteil des BSG (17.6.2010 – B 3 KR 7/09 R, BeckRS 2010, 74038), nach dem bei gleichzeitiger Erbringung von medizinischer Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V und Leistungen nach § 36 aF durch dieselbe Pflegekraft beide Leistungsansprüche grundsätzlich gleichberechtigt nebeneinanderstehen und die Kosten für die Zeiten gleichzeitiger Erbringung grundsätzlich zu gleichen Teilen von Krankenkasse und Pflegekasse zu tragen sind (im Einzelnen BSG 17.6.2010 – B 3 KR 7/09 R, BeckRS 2010, 74038). Zum anderen hat die Neuregelung ihren Grund in der mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen neuen Begutachtungsinstruments nicht mehr wie bislang möglichen zeitbezogenen Aufteilung der Kostenträgerschaft aufgrund des Gutachtens (s. dazu BT-Drs. 18/9083, 33).

Zur Umsetzung der auch unter dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz nach wie vor relevanten Rspr. des BSG wurde damals der Spitzenverband Bund verpflichtet, bis zum 30.11.2016 mWv 1.1.2017 auf pflegfachlicher Grundlage eine Richtlinie zu erlassen, mit der eine pauschale und/oder einzelfallbezogene Feststellung des Zeit- und damit des Kostenanteils möglich ist (BT-Drs. 18/9083, 33). In den Richtlinien

zur Kostenabgrenzung zwischen GKV und sozialer Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben, (**Kostenabgrenzungs-Richtlinien**) nach § 17 Abs. 1b vom 16.12.2016, ist die Kostenabgrenzung aufgrund eines Pauschalmodells (pauschale Minutenwerte) einschließlich des Bestandsschutzes für Fälle, in denen bereits vor dem 1.1.2017 eine Kostenabgrenzung erfolgte, geregelt worden.

- 31 Für das Erlassverfahren der Richtlinie gelten **Abs. 1 S. 2–6 entsprechend**, sodass auch eine Beteiligung gem. § 118 zu erfolgen hat. Mit § 18 Abs. 1a wird für die Pflegekassen die Möglichkeit geschaffen, die Medizinischen Dienste mit Prüfungen zu beauftragen, die für die Umsetzung der Richtlinien nach Abs. 1b erforderlich sind (BT-Drs. 18/9083, 34).

4. Dienstleistungs-Richtlinien (Abs. 1c)

- 32 Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz v 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurden die seit 2012 in § 18b getroffenen Regelungen zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren, die den Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund (bis Ende 2019 durch den Spitzenverband Bund) vorsahen, als „redaktionelle Anpassungen infolge der Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18 ff.“ (BT-Drs. 20/6544, 54) in Abs. 1c geregelt. Mit den unter Beteiligung der in Abs. 1c S. 2 genannten Organisationen (s. auch § 118) zu erlassenden Richtlinien sollen die **Dienstleistungsorientierung und Servicefreundlichkeit** (vgl. BT-Drs. 17/9369, 39) gegenüber den Versicherten und deren Angehörigen im Begutachtungsverfahren gewährleistet und gesteigert werden. Ziel ist es, die Betroffenen so wenig wie möglich zu belasten, Transparenz und Planungssicherheit für diese zu schaffen und ein effektives und zielführendes Begutachtungsverfahren zu ermöglichen.
- 33 Die **Inhalte der Richtlinie** werden in nicht abschließender Weise in Abs. 1c S. 3 aufgezählt. Sie betreffen Verhaltensregelungen (Verhaltenskodex) für alle im Begutachtungsverfahren seitens des Medizinischen Dienstes tätigen Personen (zur Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung bei anderen unabhängigen Gutachtern § 53a) sowie Informationspflichten, die sich nach der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 17/9369, 39) detailliert auf die Begutachtung, vom Namen des Gutachters über den Zeitpunkt bis hin zu einer erforderlichen Anwesenheit der überwiegend pflegenden Pflegeperson beziehen und damit die Betroffenen in die Lage versetzen sollen, sich effektiv und optimal auf die Begutachtung einzustellen. Zudem sind die Modalitäten einer Versichertenbefragung und ein Beschwerdeverfahren (Beschwerdemanagement) zu regeln. Die Richtlinien sind entsprechend § 23 Abs. 6 Nr. 1 ebenfalls im Begutachtungsverfahren der privaten Pflegeversicherung zu beachten.

V. Genehmigung und Beanstandungsrecht

- 34 Voraussetzung für die Wirksamkeit der Richtlinien nach Abs. 1, 1a, 1b und 1c ist die Genehmigung, dh die Zustimmung, durch das BMG. Die Beschlussfassung durch den Medizinischen Dienst Bund oder den Spitzenverband Bund bewirkt somit noch keine Rechtsverbindlichkeit der Richtlinie. Allerdings kann die Richtlinie rückwirkend ab dem Datum der Beschlussfassung für wirksam erklärt werden. Abs. 2 S. 2 sieht eine Genehmigungsfiktion vor, wenn das BMG innerhalb eines Monats nach Vorlage der Richtlinie diese nicht beanstandet. Für die Fristberechnung gilt § 26 Abs. 1 SGB X iVm §§ 187 ff. BGB. Die Vorlagepflicht erstreckt sich auch auf die Änderungen einzelner Richtlinienbestimmungen, jedoch bedarf es dann keiner erneuten Genehmigung der nicht geänderten Teile. Das BMG kann im Rahmen des **Genehmigungsverfahrens** weitere Informationen und Stellungnahmen verlangen.

Dies hemmt den Lauf der Monatsfrist, es sei denn, für das Anfordern zusätzlicher Informationen und Stellungnahmen lassen sich keine sachgerechten Gründe erkennen. Die Gesetzesbegründung spricht ausdrücklich bei der Prüfung durch das BMG die Beteiligung des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie des Bevollmächtigten für Pflege an (BT-Drs. 18/5926, 89), was jedoch nicht zu einer Verlängerung der Monatsfrist führen kann.

Dem BMG kommt bei der Genehmigung nur eine **Rechtsaufsicht** zu. Eine 35 weitergehende Fachaufsicht, die es dem BMG ermöglichen würde, Zweckmäßigkeitsgesichtspunkte geltend zu machen, bedürfte angesichts der Konzeption des Spitzenverbandes Bund und des Medizinischen Dienstes Bund als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts und den Regelungen zur Aufsicht (vgl. für den Medizinischen Dienst Bund § 53c iVm § 281 Abs. 3 SGB V; für den Spitzenverband Bund § 53 iVm § 217d SGB V) einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung.

Das BMG kann die Richtlinie beanstanden oder – als milderes Mittel gegenüber 36 einer umfassenden Beanstandung – die Genehmigung mit Auflagen versehen und so der allgemeinen und in der Rspr. zu den §§ 87 ff. SGB IV entwickelten Pflicht zur maßvollen Aufsicht nachkommen (zum Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht Axer NZS 2017, 601 ff.). Die **Beanstandung** ist gegenüber dem Spitzenverband ein Verwaltungsakt. Ein Recht zur Ersatzvornahme ist nicht ausdrücklich geregelt und im Hinblick auf die in § 16 normierte Rechtsverordnungsermächtigung (dazu → Rn. 3) hat der Gesetzgeber auch für die dort genannten Richtlinien Themen einen anderen Weg vorgesehen.

§ 17a (aufgehoben)

§ 18 Beauftragung der Begutachtung

(1) ¹Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung, ob bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. ²Sie übermitteln die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst oder an die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter. ³Die Übermittlung eines Auftrags hat innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich 30. November 2023 zulässig. ⁴Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens zum 31. Oktober 2023, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

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

(3) ¹Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden,

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

²Der Antragsteller ist auf die Qualifikation und auf die Unabhängigkeit der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. ³Hat sich der Antragsteller für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. ⁴Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse eine Gutachterin oder einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. ⁵Satz 1 Nummer 2 findet keine Anwendung, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Aufbau	3
III. Allgemeines	6
IV. Beauftragung (Abs. 1)	7
V. Begutachtung zu abgrenzbaren Zeitanteilen bei ambulanter Intensivpflege (Abs. 2)	11
VI. Gutachterausswahl (Abs. 3)	13
VII. Unterlagen und Auskünfte (Abs. 4)	17
VIII. Verfahrensrechtliches	20
IX. Sonderbestimmungen während der Corona-Pandemie	21

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG v. 26.5.1994 (BGBl. I 1014, Berichtigung v. 23.9.1994, BGBl. I 2797; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 505/93, BT-Drs. 12/5617, BT-Drs. 12/5920 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/5952 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/6424 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss], BT-Drs. 12/6491 [Unterrichtung Bundesregierung], BR-Drs. 946/93 [Unterrichtung Bundesregierung] und BT-Drs. 12/7323 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss]) eingeführt worden. Ihr entsprach im RegE § 16, vgl. Begr. des RegE, S. 99 f. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurden folgende Änderungen vorgenommen (BT-Drs. 12/5920, 24 f.): in Abs. 2 wurde S. 3 einge-

fügt; Abs. 3, 5 und 6 wurden inhaltlich geändert; zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 36. Im Vermittlungsverfahren wurde in Abs. 1 S. 2 angefügt; die Vorschrift war mit nur unwesentlich abweichendem Inhalt zuvor in Abs. 2 als S. 5. Abs. 1 der Vorschrift wurde durch das SGB IX (2001) v. 19.6.2001 (BGBl. I 1046, Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 49/01, BT-Drs. 14/5531, BT-Drs. 14/5786 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 14/5800 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung]) geändert; zugleich wurde Abs. 3 eingefügt; die Abs. 3–6 wurden zu Abs. 4–7. Soweit die Änderungen Abs. 1 S. 2 betrafen, sind sie durch Art. 1 Nr. 2a PQsG v. 9.9.2001 (BGBl. I 2320, Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 731/00, BT-Drs. 14/5395, BT-Drs. 14/6308 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wieder aufgehoben und die jetzigen S. 2 und 3 eingefügt worden. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz v. 28.5.2008 (BGBl. I 874; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 718/07, BT-Drs. 16/7439, BT-Drs. 16/8525 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde in Abs. 1 S. 2 zusätzlich die Verpflichtung des MD eingefügt, auch das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zu ermitteln. In Abs. 3 wurde durch das PQsG die Formulierung geändert; im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde der Regelungsinhalt von Abs. 3 weitgehend neu gefasst. Die Abs. 6 und 7 wurden durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz geändert. In Abs. 3 S. 3 wurde durch das Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf v. 6.12.2011 (BGBl. I 2564; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 207/11, BT-Drs. 17/6000, BT-Drs. 17/7387 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend]) Nr. 3 angefügt. Durch das PNG v. 23.10.2012 (BGBl. I 2246; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 170/12, BT-Drs. 17/9369, BT-Drs. 17/10157 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 17/10170 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden alle Absätze der Vorschrift um die Möglichkeit ergänzt, anstelle des Medizinischen Dienstes andere unabhängige Gutachter zu beauftragen; gleichzeitig wurde Abs. 3 um die S. 8–10 ergänzt und die Abs. 3a und 3b angefügt; in Abs. 6 wurde S. 3 eingefügt. Mit dem PSG I v. 17.12.2014 (BGBl. I 2222; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 223/14, BT-Drs. 18/1798, BT-Drs. 18/2909 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde in Abs. 3a S. 6 angefügt. Das PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) hat in seinem Art. 1 PSG II, der am 1.1.2016 in Kraft getreten ist, zu folgenden Änderungen geführt: Nach dem Abs. 2 wurden die Abs. 2a–2c eingefügt, die praktisch ein zeitliches Vorziehen der Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren (§ 142) bewirken; in Abs. 3, 3a und 3b wurden Zeitangaben geändert. In Abs. 1 hatte Art. 1 Nr. 13 PSG II eine Prüfpflicht bei Versicherten eingeführt, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a vorliege; mit Art. 2 Nr. 10 PSG II wurde diese Regelung (für die Zeit ab 1.1.2017) wieder gestrichen. Art. 2 PSG II hat in Abs. 1 terminologische Änderungen in Anpassung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, in Abs. 3 die S. 8–12 neu gefasst bzw. neu eingeführt, in Abs. 3b S. 3 geändert sowie Abs. 5a und 6a eingefügt. Durch Art. 2a Nr. 2b des Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze v. 11.10.2016 (BGBl. I 2233; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 157/16, BT-Drs. 18/8209, BT-Drs. 18/9083 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde Abs. 1a eingefügt und in Abs. 3b S. 5 angefügt. Art. 1 Nr. 6b PSG III v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 410/16, BT-Drs. 18/9518, BT-Drs. 18/10510 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) hat in Abs. 6 S. 1 neu gefasst. Art. 10 Nr. 2 TSVG v. 6.5.2019 (BGBl. I 646; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 504/18, BT-Drs. 19/6337, BT-Drs. 19/8351 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) ergänzte § 18 Abs. 6a S. 2. Mit Art. 10 Nr. 5 MDK-Reformgesetz v. 14.12.2019 (BGBl. I. 2789; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 359/19, BT-

Drs. 19/13397, BT-Drs. 19/14871 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde die gesamte Vorschrift an die Änderung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zum Medizinischen Dienst angepasst; Abs. 2b wurde aufgehoben und Abs. 2c wurde zum neuen Abs. 2b; Abs. 3 wurde in S. 1, 5 und 11 geändert und ihm wurde zudem ein neuer S. 13 angefügt; in Abs. 5a S. 4 erfolgten Änderungen und Abs. 7 S. 1 wurde neu gefasst. Art. 3 Nr. 2 GPVG v. 22.12.2020 (BGBl. I. 3299; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 561/20, BT-Drs. 19/23483, BT-Drs. 19/24727 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) fasste Abs. 6a S. 5 neu.

- 2 Mit Art. 1 Nr. 10 **PUEG** v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurde das **Verfahren der Begutachtung grundlegend mWz 1.10.2023 neu geregelt** und ua § 18 neu gefasst. Entsprechend dem amtlichen Titel regelt die Vorschrift nun nicht mehr das „Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“, sondern die „Beauftragung der Begutachtung“. Zu den Gesetzesmaterialien vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzesentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier va BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BReg). Diese Neuregelungen der §§ 18 ff. gelten erst ab 1.10.2023, um den Pflegekassen und dem MD ausreichend zeitlichen Vorlauf für die erforderlichen Anpassungen von internen Materialien und Verfahren an die neue Strukturierung und die Konkretisierung von Fristen sowie für die Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien einzuräumen (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54).

II. Normzweck und Aufbau

- 3 Die Vorschrift regelte **bis zum 30.9.2023** Besonderheiten des Verfahrens, das der Entscheidung der Pflegekasse über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem Pflegegrad vorausgeht. Innerhalb dieses Verfahrens wurde dem MD bis 2013 (Inkrafttreten des PNG) eine zentrale Stellung eingeräumt; mit dem PNG wurde die Möglichkeit eröffnet, andere unabhängige Gutachter einzuschalten. Die Gutachter hatten nicht nur zu prüfen, ob die medizinisch-pflegerischen Voraussetzungen für die Annahme von Pflegebedürftigkeit und für die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad vorliegen, sondern auch Feststellungen zur Prävention und über Reha-Möglichkeiten zu treffen, die uU auch für andere Leistungsträger von Bedeutung sein konnten (Abs. 1 aF; vgl. auch Abs. 6 aF). Abs. 2 aF sowie Abs. 4–6 aF regelten das Vorgehen der Gutachter bei der Ermittlung des Sachverhaltes, Mitwirkungspflichten des Versicherten (Abs. 2 S. 2 und 3 aF) sowie Auskunfts- und Amtshilfepflichten der behandelnden Ärzte (soweit der Versicherte hierzu einwilligte), der Pflegekasse und Krankenkasse sowie der Leistungserbringer (Abs. 4 und 5 aF). Abs. 3 aF regelte das Zusammenwirken von Pflegekasse und MD bzw. anderen Gutachtern sowie das Procedere eines beschleunigten Begutachtungsverfahrens, wenn die Feststellung von Pflegebedürftigkeit wegen des Vorliegens besonderer Umstände eilbedürftig erschien. Mit dem PNG wurde die Rechtsstellung des Antragstellers erheblich gestärkt: er konnte seitdem eine Übermittlung des Gutachtens verlangen (Abs. 3 S. 9–12 aF), hat – worauf hinzuweisen ist – die Möglichkeit, sich bei Beschwerden an die Ombudsperson nach § 278 Abs. 3 SGB V zu wenden (Abs. 3 S. 13 aF), unter bestimmten

Voraussetzungen mussten drei Gutachter zur Auswahl benannt werden (Abs. 3a aF) und bei verspäteter Bescheiderteilung bzw. Begutachtung hatte die Pflegekasse dem Antragsteller eine „Entschädigung“ zu zahlen (Abs. 3b aF). Mit dem durch das PSG II eingeführten Abs. 5a aF sollten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung erfasst werden, die sich zwar nicht auf die Zuordnung zu einem Pflegegrad auswirken, wohl aber für die Beratung des Pflegebedürftigen und die Erstellung eines Versorgungsplans von Bedeutung sind. Abs. 6 aF legte fest, zu welchen Fragen der MD im Einzelnen Stellung zu nehmen hat. Nach Abs. 6a aF sollte der Gutachter auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittelversorgung abgeben. Abs. 7 aF beschäftigte sich mit der fachlichen Zusammensetzung des MD und Fragen des Datenschutzes bei der Einschaltung externer Fachkräfte. Weitere Einzelheiten des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit waren von dem GKV-Spitzenverband mit den Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) v. 22.3.2021 festgelegt worden (nunmehr: Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches in der Fassung v. 29.9.2023: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/BRi_Pflege_29092023.pdf).

Mit dem **PUEG** wurden die **bis dahin geltenden §§ 18–18c durch die neuen §§ 18–18e grundlegend umstrukturiert**. Die Regelungen zum Verfahren der Begutachtung sollten systematisch aufbereitet werden und für die Hauptnutzergruppen, dh die Versicherten und ihre An- und Zugehörigen, die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste klarer geordnet und besser verständlich sein (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54). Die Inhalte der bislang geltenden §§ 18 und 18a wurden in fünf neue Vorschriften gegliedert: § 18 hat die grundlegenden Steuerungsaufgaben der Pflegekassen zum Gegenstand, § 18a regelt die Durchführung der Begutachtung beim Antragsteller, § 18b führt die Regelungen zu den Inhalten des Gutachtens zusammen, § 18c bestimmt die Verfahren und Fristen bei der Bescheiderteilung, § 18d nennt die Berichtspflichten von Pflegekassen und Bund der Pflegekassen. Zudem enthält der neue § 18e Grundlagen zur wissenschaftlichen Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Pflegebegutachtungsverfahrens.

Die „**grundlegenden Steuerungsaufgaben der Pflegekassen**“ (so BT-Drs. 20/6544, 54) werden in § 18 in vier Absätzen näher geregelt. Abs. 1 bestimmt, dass die Pflegekassen binnen drei Tagen nach Antragseingang den MD oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades beauftragen. Weiter ist Näheres zur Bestimmung der für die Beauftragung zwingend erforderlichen Unterlagen geregelt. Mit Abs. 2 ist festgelegt, dass die Prüfung auch bzgl. des Zeitanteils bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen mit gleichzeitigen Leistungen der Krankenversicherung und Pflegeversicherung zur Bestimmung des Kostenanteils der Pflegeversicherung erfolgen darf (Begutachtung der Leistungsanteile von GKV und sozialer Pflegeversicherung bei ambulanter Intensivpflege). Zur Gutachterausswahl inkl. dem Vorschlag von mindesten drei Gutachtern erfolgen mit Abs. 3 entsprechende Vorgaben. Abs. 4 schließlich verpflichtet die Pflegekassen, die Krankenkassen und die Leistungsträger dem Gutachter bzw. dem MD die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

III. Allgemeines

Schon die Überschrift der Vorschrift in der bis zum 30.9.2023 geltenden Fassung gab zu Missverständnissen Anlass, soweit dort von „Feststellung der Pflegebedürftig-

keit“ die Rede war. Eine **Feststellung der Pflegebedürftigkeit als eigenständiger Rechtsstatus**, vergleichbar etwa der selbstständigen Feststellung einer Behinderung und des Grades der Behinderung nach § 152 SGB IX ist auch nach den insoweit umfassenden Änderungen durch das PUEG **nicht vorgesehen**. Die §§ 18 ff. regeln deshalb kein formelles Feststellungsverfahren. Das SGB XI sieht eine isolierte Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Pflegegrad nicht vor. Pflegebedürftigkeit ist lediglich eine Tatbestandsvoraussetzung der in den §§ 36 ff. vorgesehenen Leistungen, über deren Vorliegen allein die Pflegekasse und nicht der MD bzw. andere Gutachter zu befinden haben (so auch LSG BW 30.1.2021 – L 11 KR 1288/21 Rn. 32 = BeckRS 2021, 43613 Rn. 28).

IV. Beauftragung (Abs. 1)

- 7 Abs. 1 S. 1 führt die Regelung des bisherigen § 18 Abs. 1 S. 1 aF zur **Beauftragung der Begutachtung durch die Pflegekassen nach Antragstellung durch den Versicherten** fort. Es heißt daher, dass die Pflegekassen den MD oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung beauftragen, ob bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Die Möglichkeit der Beauftragung unabhängiger Gutachter ist bereits Ergebnis der Neufassung des § 18 durch das PNG. Die Wahl zwischen einer Beauftragung des MD oder derjenigen eines anderen unabhängigen Gutachters steht im Ermessen der Pflegekasse. Will die Pflegekasse einen unabhängigen Gutachter beauftragen, muss sie dem Pflegebedürftigen mindestens **drei Gutachter zur Auswahl** benennen (Abs. 3). Die Qualifikationsanforderungen an die von den Pflegekassen beauftragten unabhängigen Gutachter und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Heranziehung externer Gutachter werden nach § 53a durch eine Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen geregelt. Damit soll vor allem sichergestellt werden, dass die unabhängigen Gutachter bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit und bei der Zuordnung eines Pflegegrades dieselben Maßstäbe anlegen wie der MD (Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung). Die unabhängigen Gutachter sind auch an die Richtlinien zur Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung nach dem mit dem PUEG neu eingefügten § 17 Abs. 1c zu binden (§ 53a Abs. 2 Nr. 3). Abs. 3 S. 2 verpflichtet die Pflegekasse ausdrücklich, Antragsteller auf die Unabhängigkeit und Qualifikation des Gutachters hinzuweisen.
- 8 Nach S. 2 übermitteln die Pflegekassen die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den MD oder an die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter. S. 2 beinhaltet im Grundsatz die bisherige Regelung des § 18 Abs. 3 S. 1 aF. Allerdings erfolgte nun in Abweichung von der bisherigen, nicht eindeutigen Formulierung „Übermittlung von Anträgen“ eine sprachliche Anpassung dahingehend, dass es sich um die „**Übermittlung von Aufträgen**“ handelt (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54).
- 9 Zur **Auftragsübermittlung** bestimmt S. 3 Hs. 1, dass diese – spätestens (so BT-Drs. 20/6544, 55) – **innerhalb von drei Arbeitstagen** ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Abs. 1 S. 1 in **gesicherter elektronischer Form** zu erfolgen hat. Damit ist einerseits eine zwingende Frist und andererseits eine zwingende Form vorgegeben („hat“). In diesem Sinne so auch die Gesetzesbegründung (BT-Drs. 20/6544, 54):

„In der Praxis werden die Aufträge von einigen Pflegekassen zum Teil noch immer postalisch an den Medizinischen Dienst bzw. die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter übermittelt. Da infolgedessen die Weiterleitung ab Antragstellung teilweise bis zu zehn Tage andauert, wird im Sinne der Versicherten den Pflegekassen mit Satz 3 künftig eine Übermittlung der

Aufträge in gesicherter elektronischer Form abverlangt und auf diese Weise eine Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfristen unterstützt.“

Möglichkeiten der Abweichungen von der so vorgegebenen Form und Frist bestehen grds. nicht. Mangels der erforderlichen technischen Voraussetzungen bei den Pflegekassen, dem MD bzw. den unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern (vgl. BT-Drs. 20/6544, 55) regelt allerdings S. 3 Hs. 2 eine **befristete Ausnahme**, wonach eine von der elektronischen Form abweichende Form der Auftragsübermittlung bis einschließlich 30.11.2023 zulässig ist. Mit der Gesetzesbegründung macht der Gesetzgeber darauf aufmerksam, dass es sich hierbei „um sensible Gesundheitsdaten der antragstellenden Personen handelt“ und deswegen die Pflegekassen bei der Übermittlung den erforderlichen hohen **Datenschutz und die Datensicherheit** zu gewährleisten haben (vgl. BT-Drs. 20/6544, 55). Konkreten Eingang in den Gesetzeswortlaut hat diese Vorgabe (anders als zB bei §§ 7a Abs. 2 S. 3 und 5, 78a Abs. 4 S. 3 Nr. 2, 108 Abs. 1 S. 2) indes nicht gefunden; der Gesetzgeber sieht sie aber offenbar schon mit dem Zusatz „gesichert“ gewährleistet. Dass die Telematikinfrastruktur (TI) zu nutzen ist, wenn im Einzelfall sowohl die Pflegekasse als auch der MD an sie angeschlossen sind (vgl. BT-Drs. 20/6544, 55), folgt hingegen direkt aus § 106c.

S. 4 gibt vor, dass der MD Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 bis spätestens zum 31.10.2023 regelt, **welche Unterlagen zwingend** zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit **erforderlich** sind (der Bundesrat konnte sich mit seiner Forderung einer schwächeren Regelungen zur zwingenden Vorlage von Unterlagen nicht durchsetzen – vgl. BR-Drs. 165/1/23 [Empfehlungen der Ausschüsse], 3f., und die Gegenäußerung der Bundesregierung BT-Drs. 20/6869, 41). Es soll abschließend klargestellt werden, welche Unterlagen im Einzelnen dringend erforderlich und durch die Pflegekassen unbedingt beizubringen sind, damit diese die Begutachtung beauftragen können; **datenschutzrechtliche Aspekte** sind dabei zu berücksichtigen (BT-Drs. 20/6544, 55). Dem MD Bund und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist eine terminverbindliche Pflicht auferlegt, ohne dass jedoch für die Nichterfüllung Konsequenzen aufgezzeigt werden. Ausreichend ist im Übrigen jedoch ein „Benehmen“, dass an die Qualität eines „Einvernehmens“ nicht heranreicht. Hintergrund der Bestimmung ist, dass der MD zum Zweck der Begutachtung vollständige und damit „prüffähige Antragsunterlagen“ benötigt, wobei in der bisherigen Praxis unklar und von den Pflegekassen uneinheitlich gehandhabt wurde, welche Informationen, Daten und Unterlagen der Pflegekasse von der antragstellenden Person vorgelegt werden müssen, damit die Pflegekasse den MD oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Begutachtung beauftragen konnte. Hierzu die Gesetzesbegründung eingehender (BT-Drs. 20/6544, 55):

„So ist beispielsweise offen, ob eine Datenfreigabeerklärung des Versicherten oder eine schriftliche Entbindung des behandelnden Arztes von der Schweigepflicht zu den ‚prüffähigen Antragsunterlagen‘ zählen. Der Verweis auf die derzeit geltenden Begutachtungs-Richtlinien (Ziffer 3.1) hilft nur bedingt weiter, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Mehrzahl der Pflegekassen der Ansicht ist, neben den Stammdaten zusätzliche Angaben zu benötigen.“

Und weiter die Gegenäußerung der Bundesregierung (BT-Drs. 20/6869, 41) im Rahmen des wortidentischen Gesetzgebungsvorschlages zu der Stellungnahme des Bundesrates (vgl. BR-Drs. 165/1/23 [Empfehlungen der Ausschüsse], 3):

„Ziel der Neuregelung ist es zu verhindern, dass im Einzelfall aufgrund fehlender Unterlagen ein Begutachtungsauftrag durch die Pflegekasse nicht ausgelöst oder der Auftrag an die Pflegekasse zurückgegeben wird. Eine entsprechende Regelung in den Begutachtungs-Richtli-

nien nach § 17 Absatz 1 SGB XI, die im Benehmen mit dem Spitzenverband der Pflegekassen zu erlassen ist, führt zu mehr Transparenz und Klarheit und trägt zu einer einheitlichen Rechtsanwendung – auch im Hinblick auf den Fristenlauf – bei.“

Zur Auswirkung der Beibringung von zwingend erforderlichen Unterlagen auf die Begutachtungs- und Entscheidungsfrist vgl. § 18c Abs. 6, → § 18c Rn. 33 f.

V. Begutachtung zu abgrenzbaren Zeitanteilen bei ambulanter Intensivpflege (Abs. 2)

- 11 **Begutachtung der Leistungsanteile von GKV und sozialer Pflegeversicherung bei ambulanter Intensivpflege:** Abs. 2 S. 1 gibt Pflegekassen die Rechtsgrundlage zur Einschaltung des MD oder anderer unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter, um zu bestimmen, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V beziehen oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nach Abs. 2 S. 2 nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Zeitanteils sind die Richtlinien nach § 17 Abs. 1b zu beachten (Abs. 2 S. 3).
- 12 Bei Abs. 2 handelt es sich um den bislang geltenden § 18 Abs. 1a aF. Dieser wurde durch das Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze (v. 11.10.2016, BGBl. I 2233) eingefügt und geht auf ein Urteil des BSG (17.6.2010 – B 3 KR 7/09 R, BSGE 106, 173 = SGB 2011, 527 = BeckRS 2010, 74038) zur Abgrenzung der Leistungspflicht von GKV und Pflegeversicherung bei Versicherten mit erheblichem intensivpflegerischen Bedarf (zB Wachkoma- und dauerbeatmete Patienten) zurück, vgl. BT-Drs. 18/9083, 33 f. Bei gleichzeitigem Erbringen von medizinischer Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V und Grundpflege iSv § 36 SGB XI aF durch dieselbe Pflegekraft stehen danach für die Zeiten, in denen „reine Grundpflege“ erbracht und zugleich auch medizinische Behandlungspflege (zB Krankenbeobachtung) durchgeführt werden, die Leistungsansprüche nach § 37 Abs. 2 SGB V und nach § 36 SGB XI aF grundsätzlich gleichberechtigt nebeneinander. In Fällen einer rund um die Uhr erforderlichen intensivpflegerischen ambulanten Versorgung sind die Kosten für diese Zeiten zu gleichen Teilen von Kranken- und Pflegekasse zu übernehmen. Dies hatte auf der Grundlage des alten Bemessungssystems für die Zuordnung zu Pflegestufen Auswirkungen auf den Zeitanteil, der als Grundpflege anzurechnen war. Da der zeitliche Pflegeaufwand nach dem ab 1.1.2017 geltenden Neuen Begutachtungsassessment (NBA) als Bewertungsfaktor nicht mehr maßgebend ist, mussten neue Regeln für die Aufteilung der Kostenträgerschaft aufgestellt werden. Dies erfolgt nach § 17 Abs. 1b durch Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen. Die bisherige leistungsrechtliche Zuordnung von Maßnahmen zur Pflegeversicherung und GKV soll grundsätzlich unverändert bleiben (BT-Drs. 18/9083, 33 f.). Da der Begriff der Grundpflege in der Pflegeversicherung entfallen ist, ist der Zeitanteil für körperbezogene Pflegemaßnahmen festzustellen. Diese umfassen insbesondere die bisherigen Maßnahmen der Grundpflege. Mit dem PUEG wurde S. 1 lediglich durch Bezugnahme auf den § 37c SGB V redaktionell angepasst und damit dem § 17 Abs. 1b S. 1 inhaltlich angeglichen.

VI. Gutachterausswahl (Abs. 3)

Abs. 3 in der Fassung des PUEG beinhaltet die Regelung des bisherigen § 18 Abs. 3a aF mit lediglich klarstellenden sprachlichen Korrekturen.

Abs. 3a aF, der durch das PNG eingefügt wurde, begründete bei der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit erstmals ein **Recht des Antragstellers unter mehreren Gutachtern auszuwählen**. Diese Möglichkeit besteht ua bei der Begutachtung in der Gesetzlichen Unfallversicherung schon lange (§ 200 Abs. 2 SGB VII). Die Pflegekasse ist nach Abs. 3 allerdings nur dann verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen, soweit nicht der MD, sondern andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter beauftragt werden sollen (S. 1 Nr. 1) oder wenn, bei Beauftragung des MD, innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist (S. 1 Nr. 2). Letzteres gilt nach S. 4 nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat. Zur Übersendung einer Gutachterliste, wenn der MD nicht innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung eine Begutachtung durchgeführt hat, vgl. die Corona-Sonderbestimmung des § 147 Abs. 4:

„Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse bis einschließlich 30. September 2020 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 3 dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.“

Nach S. 2 ist der Antragsteller auf die **Qualifikation und auf die Unabhängigkeit** der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. Zu den Anforderungen an die Qualität der Gutachter vgl. → Rn. 7. Seit den Änderungen durch das PUEG findet sich die Vorgabe, dass die Gutachter bei der Begutachtung nur ihrem Gewissen unterworfen sind, nunmehr in § 18a Abs. 11 S. 2. Das regelte bis zur Änderung durch das PUEG Abs. 3a S. 5 aF. Eine entsprechende Regelung findet sich für die Ärzte des MD schon in § 275 Abs. 5 SGB V.

Die **Auswahlentscheidung** des Antragstellers muss zeitnah getroffen werden; 16 benennt der Antragsteller **innerhalb einer Woche** ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter keinen der Vorgeschlagenen, kann die Pflegekasse einen aus der dem Antragsteller übersandten Liste beauftragen (S. 4). Hat der Antragsteller sich hingegen (fristgerecht) für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen (S. 3). Von einer fristgerechten Auswahl kann auch nach Ablauf der Wochenfrist noch solange ausgegangen werden, bis seitens der Pflegekasse noch keine eigene Auswahl bzw. Beauftragung erfolgte.

VII. Unterlagen und Auskünfte (Abs. 4)

Nach Abs. 4 S. 1 sind die Pflegekassen und die Krankenkassen sowie die Leistungserbringer **verpflichtet**, dem MD oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachtern die für die Begutachtung **erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen**, soweit diese jeweils für die Begutachtung erforderlich sind. Mit dieser Vorgabe wird die Regelung des bisherigen § 18 Abs. 5 aF fortgeführt. Die Vorschrift ist § 276 Abs. 1 S. 1 SGB V nachgebildet, der die Zusammenarbeit von MD und Krankenkasse regelt. Aufgrund des klaren Wortlautes in S. 1 („sind ... verpflichtet“) steht den Pflege- bzw. Krankenkassen und den Leistungserbringern kein Ermessen zu – weder hinsichtlich der Erschließung noch hinsichtlich der Auswahl. Sie haben schlicht alle erforderlichen Unterlagen weiterzuleiten und Auskünfte zu erteilen.

- 18 Mit S. 2 wird seit dem PUEG eine **Form** für die Weiterlegung vorgegeben: sie muss **gesichert elektronisch** erfolgen. Die elektronische Form soll die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen zu den Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen unterstützen (vgl. BT-Drs. 20/6544, 55). Mit der Gesetzesbegründung macht der Gesetzgeber darauf aufmerksam, dass es sich hierbei „um sensible Gesundheitsdaten der antragstellenden Personen handelt“ und deswegen die Pflegekassen bei der Übermittlung den erforderlichen hohen **Datenschutz und die Datensicherheit** zu gewährleisten haben (vgl. BT-Drs. 20/6544, 55). Konkreten Eingang in den Gesetzeswortlaut hat diese Vorgabe (anders als zB bei §§ 7a Abs. 2 S. 3 und 5, 78a Abs. 4 S. 3 Nr. 2, 108 Abs. 1 S. 2) indes nicht gefunden; der Gesetzgeber sieht sie aber offenbar schon mit dem Zusatz „gesichert“ als gewährleistet. Wie schon bei Abs. 1 S. 3 ist eine abweichende Form der Weiterleitung der Unterlagen bis einschließlich 30.11.2023 möglich. Hintergrund ist wiederum, dass derzeit noch nicht alle Pflegekassen und MD bzw. unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter über die für eine elektronische Weitergabe erforderlichen technischen Voraussetzungen verfügen.
- 19 Der Verweis aus S. 3 auf § 276 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V bedeutet, dass die Pflegekasse vor der Weiterleitung von Unterlagen, die ihr der Versicherte zur Verfügung gestellt hat, ohne hierzu nach den Mitwirkungsregelungen in den §§ 60, 65 SGB I verpflichtet gewesen zu sein, dessen **Einverständnis** einholen muss. Für die Einwilligung gilt § 67b Abs. 2 SGB X. Hieraus folgt insbesondere, dass der Versicherte auf den Zweck der vorgesehenen Übermittlung der Daten und auf die Folgen einer Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen ist. In diesem Zusammenhang kommt auch § 25 SGB X Bedeutung zu, der dem Versicherten ein Akteneinsichtsrecht garantiert.

VIII. Verfahrensrechtliches

- 20 Zur **Überprüfung des Verwaltungs-Gutachtens im sozialgerichtlichen Verfahren** vgl. → § 15 Rn. 42 und LSG BW 25.2.2022 – L 4 P 3924/20 Rn. 38 = BeckRS 2022, 4764 Rn. 36, wonach es sich bei einer Beweisanordnung der Pflegekasse nach § 18 Abs. 1 um eine unselbstständige behördliche Verfahrenshandlung iSv § 56a SGG handelt, die nur zusammen mit dem Rechtsbehelf gegen die Sachentscheidung angefochten werden kann.

IX. Sonderbestimmungen während der Corona-Pandemie

- 21 Aufgrund der Einschränkungen, die während der Corona-Pandemie zum Schutze der Bevölkerung erforderlich wurden, hat der Gesetzgeber mit einem neuen Dritten Abschnitt im letzten Kapitel des SGB XI unter dem Titel „Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie“ in einzelnen Bereichen des SGB XI Sonderregelungen getroffen. Zu beachten ist, dass sich die hier einschlägige **Sonderbestimmung** zwar auf § 18 bezieht, dabei aber dessen **Fassung vor den Änderungen durch das PUEG** meint.
- 22 § 147 Abs. 6 bestimmt, dass § 147 Abs. 1 für Anträge auf Pflegeleistungen gilt, die zwischen dem 1.10.2020 und dem 31.3.2022 gestellt wurden; zur Verlängerungsmöglichkeit dieser Sonderregelung durch Rechtsverordnung des BMG → § 152 Rn. 1 ff.

§ 18a Begutachtungsverfahren

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

und Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.

(2) ¹Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. ²Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. ³Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches. ⁴Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. ⁵Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn

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

⁶Eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 setzt voraus, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. ⁷Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens 31. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1.

(3) ¹Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. ²Beide Bereiche werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt; § 14 Absatz 3 bleibt unberührt. ³Mit den Feststellungen nach Satz 1 sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. ⁴Bei der Feststellung nach Satz 1 ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. in Bezug auf außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereiches der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebots, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;
2. in Bezug auf Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungs-

arbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.

⁵Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 4 genannten Kriterien für die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 3.

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

(5) ¹Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

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

²Die Frist nach Satz 1 kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. ³Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 oder Satz 2 gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(6) Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, so ist

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

(7) ¹In den Fällen der Absätze 5 und 6 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. ²Die abschließende Begutachtung des Versicherten ist unverzüglich nachzuholen. ³Nimmt der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus, einschließlich eines Aufenthalts im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches, oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

(8) ¹Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das

Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und die Pflegeplanung hinzuweisen. ²Die Zustimmung des Versicherten nach § 18b Absatz 3 Satz 1 erfolgt gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert. ³Gleiches gilt spätestens ab 1. November 2023 für die Zustimmung des Versicherten nach § 18c Absatz 3 Satz 3. ⁴Über die Möglichkeiten nach § 18c Absatz 4 Satz 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller bei der Begutachtung zu informieren; die Einwilligung ist jeweils schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(9) ¹Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter soll, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärztinnen und behandelnden Ärzte des Antragstellers, insbesondere die Hausärztin oder den Hausarzt, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. ²Mit Einwilligung des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(10) ¹Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. ²Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. ³Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.

(11) ¹Für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter gilt Absatz 10 entsprechend. ²Die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. ³Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	3
III. Ermittlung der Beeinträchtigungen (Abs. 1)	6
IV. Ort der Untersuchung (Abs. 2)	8
1. Grundsatz der Untersuchung im Wohnbereich (Abs. 2 S. 1)	8
2. Verweigerung des Einverständnisses zur Untersuchung im Wohnbereich (Abs. 2 S. 2)	12
3. Grenzen der Mitwirkung (Abs. 2 S. 3)	13

	Rn.
4. Ausnahme von der Untersuchung im Wohnbereich – (Abs. 2 S. 5 ff.)	15
5. Sonderbestimmungen während der Corona-Pandemie	20
V. Beeinträchtigungen bei außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltsführung (Abs. 3)	23
VI. Übriger Gutachtenumfang (Abs. 4)	28
VII. Durchführung der Begutachtung (Abs. 5)	29
VIII. Fristgerechte Begutachtung (Abs. 6)	34
IX. Inhalt der Empfehlung (Abs. 7)	37
X. Hinweispflichten und Zustimmungserfordernisse (Abs. 8)	39
XI. Konkretisierung des Amtsermittlungsgrundsatzes (Abs. 9)	44
XII. Qualifikation der Begutachtenden des MD und zur Pflegebedürftigkeit von Kindern (Abs. 10)	47
XIII. Qualifikation anderer unabhängiger Begutachtender (Abs. 11)	50
XIV. Gutachter privater Pflege-Pflichtversicherungen (Abs. 12)	53

I. Geltende Fassung

- Die Vorschrift ist mWv 30.10.2012 durch Art. 1 Nr. 5 PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 170/12, BT-Drs. 17/9369, BT-Drs. 17/10157 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 17/10170 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) eingeführt worden; vgl. Begr. des RegE (BT-Drs. 17/9369, 37 f.), geändert aufgrund der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses, BT-Drs. 17/10157, Begr. BT-Drs. 17/10170, 15. Abs. 1 S. 1 wurde durch Art. 6 Nr. 3 PräVG vom 17.7.2015 (BGBl. I 1368, ber. 19.10.2015, BGBl. I 1751; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 640/14, BT-Drs. 18/4282, BT-Drs. 18/5261 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) geändert. Art. 1 Nr. 14 PSG II vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) änderte Abs. 2 S. 1. Mit Art. 10 Nr. 3 TSVG vom 6.5.2019 (BGBl. I 646; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 504/18, BT-Drs. 19/6337, BT-Drs. 19/8351 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde Abs. 2 S. 1 geändert. Aufgrund Art. 10 Nr. 6 MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 359/19, BT-Drs. 19/13397, BT-Drs. 19/14871 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden in Abs. 2 S. 1 und S. 2 Nr. 1 jeweils die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen. Art. 3 Nr. 3 GKV-IPReG vom 23.10.2020 (BGBl. I 2220; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 86/20, BT-Drs. 19/19368, BT-Drs. 19/20720 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) fügte in Abs. 1 die S. 3–6 an und änderte sowie ergänzte Abs. 2.
- Mit Art. 1 Nr. 10 PUEG vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurde das **Verfahren der Begutachtung grundlegend mWz 1.10.2023 neu geregelt** und ua § 18a neu gefasst. Entsprechend des amtlichen Titels regelt die Vorschrift nun nicht mehr die „Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten“, sondern das „Begutachtungsverfahren“. Zu den Gesetzesmaterialien vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wörtgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier va BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-

Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BReg). Diese Neuregelungen der §§ 18 ff. gelten erst ab 1.10.2023, um den Pflegekassen und dem MD ausreichend zeitlichen Vorlauf für die erforderlichen Anpassungen von internen Materialien und Verfahren an die neue Strukturierung und die Konkretisierung von Fristen sowie für die Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien einzuräumen (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54).

II. Normzweck

Die Vorschrift sollte **bis zum 30.9.2023** dazu beitragen, Pflegebedürftige in die Lage zu versetzen, ihre Ansprüche auf Leistungen der medizinischen Reha und der Prävention besser wahrnehmen zu können. Darüber hinaus wurden für die Pflegekasse und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen Berichtspflichten festgelegt, um auf der Grundlage gesicherter Daten die Durchsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ gezielt fördern zu können. Die in Abs. 2 aufgeführten dezidierten Meldepflichten und die in Abs. 3 normierte Pflicht des Spitzenverbandes zur Aufbereitung der Daten dienten offensichtlich dem Ziel, einen Rechtfertigungsdruck vor allem bei den für rehabilitative Maßnahmen in erster Linie zuständigen Krankenkassen auszulösen, weil deren Engagement in diesem Bereich die Erwartungen des Gesetzgebers und des BMG weit verfehlt haben.

Mit dem **PUEG wurden die bis dahin geltenden §§ 18–18c durch die neuen §§ 18–18e grundlegend umstrukturiert**. Die Regelungen zum Verfahren der Begutachtung sollten systematisch aufbereitet werden und für die Hauptnutzerguppen, dh die Versicherten und ihre An- und Zugehörigen, die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste klarer geordnet und besser verständlich sein (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54). Die Inhalte der bislang geltenden §§ 18 und 18a wurden in fünf neue Vorschriften gegliedert: § 18 hat die grundlegenden Steuerungsaufgaben der Pflegekassen zum Gegenstand, § 18a regelt die Durchführung der Begutachtung beim Antragsteller, § 18b führt die Regelungen zu den Inhalten des Gutachtens zusammen, § 18c bestimmt die Verfahren und Fristen bei der Bescheiderteilung, § 18d nennt die Berichtspflichten von Pflegekassen und Bund der Pflegekassen. Zudem enthält der neue § 18e Grundlagen zur wissenschaftlichen Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Pflegebegutachtungsverfahrens.

Die „**Durchführung der Begutachtung beim Antragsteller**“ (so BT-Drs. 20/6544, 54) wird in § 18a in zwölf Absätzen näher geregelt. Abs. 1 bestimmt den Begutachtungsumfang (Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Abs. 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit). Mit Abs. 2 ist der Wohnbereich als Untersuchungsort festgelegt und es werden zugleich Kriterien von einer ausnahmsweisen Begutachtung ohne Untersuchung im Wohnbereich bestimmt. Während Abs. 3 bestimmt, dass mit der Begutachtung auch die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen sind, hält Abs. 4 fest, dass sich die Begutachtung im Übrigen auf die im Gutachten gemäß § 18b darzulegenden Feststellungen und Empfehlungen erstreckt. Die Frist zur Gutachtenerstellung nebst etwaigen Ausnahmen bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung regelt Abs. 5. Bei häuslicher Unterbringung und Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz ggü. dem Arbeitgeber der pflegenden Person bemessen sich die Frist zur Begutachtung und weitere Einzelheiten nach Abs. 6. Abs. 7 enthält für Fälle des Abs. 5 und 6 Besonderheiten zur Begutachtungsdurchführung. Abs. 8 enthält ggü. dem Antragsteller zu erfüllenden Informations- und Beratungspflichten und bündelt verschiedene Zustimmungserfordernisse.

Die Einholung von ärztlichen Auskünften und Unterlagen sowie die Einbindung pflegender Angehöriger oder pflegender Dritter regelt Abs. 9. Die Abs. 10 und 11 regeln Grundsätzliches zur Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter. Schließlich normiert Abs. 12 eine Klarstellung für Fälle einer bestehenden privaten Pflege-Pflichtversicherung.

III. Ermittlung der Beeinträchtigungen (Abs. 1)

- 6 Nach Abs. 1 – bei dem es sich um den bisherigen § 18 Abs. 1 S. 2 aF handelt – haben der MD oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter Gutachter die **Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Abs. 2 genannten Kriterien** auf der Grundlage des neuen Begutachtungsinstruments (§ 15 einschließlich Anlagen) beim Versicherten durch eine Untersuchung zu ermitteln. Für die Einschätzung des Schweregrades von Beeinträchtigungen liefert der Hausbesuch eines Arztes bzw. einer Pflegefachkraft zumeist nur unzureichende Beurteilungsgrundlagen. Sachgerechte Bewertungsgrundlagen setzen idR voraus, dass auch die Angaben des Pflegebedürftigen und seiner Pflegepersonen berücksichtigt und ihre Schlüssigkeit durch medizinisch-pflegerischen Sachverstand überprüft worden sind. Dies kann in der Weise geschehen, dass die Pflegepersonen während eines bestimmten Zeitraums (zB ein Monat) über sämtliche pflegerischen Maßnahmen Buch führen und ihre Aufzeichnungen (**Pflege-Tagebuch**) dem Gutachter zur Auswertung überlassen. Mit dem SGB IX (Art. 10 Nr. 9a G vom 19.6.2001, BGBl. I 1046) war in Abs. 1 S. 2 aF eine Befragung des Versicherten und seiner pflegenden Angehörigen zwingend angeordnet worden, die bereits wenige Monate später im PQsG wieder gestrichen und durch die schwächere Verpflichtung in Abs. 4 S. 2 aF ersetzt worden ist. Nunmehr bestimmt Abs. 9 S. 2, dass mit Einwilligung des Versicherten auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden sollen.
- 7 Mit dem PflegeWEG wurde der Prüfungsauftrag des MD erweitert. Neben den Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit und den für die Zuordnung zu einer Pflegestufe maßgebenden Kriterien hatte der MD auch das Vorliegen einer **erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz** (Abs. 1 S. 2 aF) zu prüfen; und zwar auch dann, wenn der Antragsteller die Voraussetzungen für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, dh die Grenzwerte der Pflegestufe I, nicht erfüllte. Ursache dieser Änderung war die Begründung eines Leistungsanspruchs nach §§ 45a und 45b auch für Personen, die nicht pflegebedürftig iSv § 15 aF waren. Im Rahmen des PSG II hielt der Gesundheitsausschuss eine Beibehaltung der Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a vorliege, bei Pflegebedürftigen, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, im Hinblick auf die Übergangsregelungen in § 140 für notwendig (vgl. BT-Drs. 18/6688, 132). In Art. 2 Nr. 10 PSG II wurde diese Regelung (für die Zeit ab 1.1.2017) wieder gestrichen und konsequenterweise auch mit dem PUEG nicht wieder aufgegriffen. Der Vorrang von Reha vor Pflege, der bislang schon in § 18 Abs. 1 S. 3 aF zum Ausdruck kam, wurde mit dem PNG nochmals verstärkt; die Gutachter haben die Feststellungen zur medizinischen Reha in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren (Abs. 6 S. 3 aF). Seit den Änderungen durch das PUEG finden sich entsprechende Vorgaben in § 18b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Buchst. b und Abs. 2. Durch das Präventionsgesetz kam die Notwendigkeit von Aussagen hinsichtlich des Beratungsbedarfs für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention hinzu (jetzt § 18b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Buchst. h). Weitere Begutachtungsthemen sind durch das PSG II hinzuge treten und finden sich nunmehr seit dem PUEG zum Teil in § 18b Abs. 1 wieder. Nach Abs. 3 S. 1 (vor dem PUEG Abs. 5a aF) sollen auch Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten

und Haushaltsführung erfasst werden, obwohl sich die Aussagen zu diesen Themen auf das eigentliche Ziel der Begutachtung, die Zuordnung zu einem Pflegegrad nicht auswirken (vgl. → § 14 Rn. 21). Der Gesetzgeber will hiermit die Kompetenz der Beratungsstellen stärken und fachliche Grundlagen für die Erstellung von Versorgungsplänen initiieren. Seit dem PSG II ist der Begutachtungsauftrag zudem um konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittelversorgung erweitert worden (Abs. 6a aF; nunmehr § 18b Abs. 3).

IV. Ort der Untersuchung (Abs. 2)

1. Grundsatz der Untersuchung im Wohnbereich (Abs. 2 S. 1)

Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen (S. 1; BT-Drs. 20/6544, 55: „Begutachtung von Pflegebedürftigkeit grundsätzlich durch eine umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der antragstellenden Person“). Nach dem alten Bemessungssystem hing der für die Pflegestufe maßgebende Hilfebedarf des Pflegebedürftigen in hohem Maße von der Ausgestaltung seines Wohnumfeldes und der Pflegesituation ab. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und seine Umsetzung durch das neue Begutachtungsinstrument (§ 15 einschließlich der Anlagen 1 und 2 sowie die BRi) verlangen dagegen allein eine Beurteilung des gesundheitlichen Zustandes des Versicherten und die Prüfung, in welchem Maße seine Selbständigkeit und seine Fähigkeit gesundheitsbedingt beeinträchtigt sind. Die Pflegekasse benötigt für ihre Entscheidung, je nach der Art der beantragten Pflegeleistung, uU weitere Angaben, die eine Untersuchung im Wohnbereich voraussetzen. Hierzu gehören folgende Aspekte:

- Sicherstellung der häuslichen Pflege in geeigneter Weise (zB durch geeignete Pflegepersonen), soweit Pflegegeld beantragt wird (§ 18b Abs. 1 S. 2). Hintergrund: der Anspruch auf Pflegegeld setzt nach § 37 Abs. 1 voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.
- Notwendigkeit des Einsatzes von Hilfsmitteln oder technischer Hilfen (§ 18b Abs. 3). Konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung setzen Kenntnisse des Wohnumfeldes voraus.
- Prognosen über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit (um ggf. den Zeitpunkt der Nachuntersuchungen festzulegen, vgl. Abs. 2 S. 4).

Die Pflicht zur Untersuchung im Wohnbereich des Versicherten besteht sowohl bei einer Erst- als auch bei notwendig werdenden **Wiederholungsuntersuchungen**. Hinsichtlich letzterer bestimmt Abs. 2 S. 4, dass die Untersuchung in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen ist. Zur Sonderregelung bzgl. Wiederholungsuntersuchungen während der Corona-Pandemie → § 147 Abs. 2 (zur Verlängerungsmöglichkeit dieser Sonderregelung durch Rechtsverordnung des BMG vgl. § 152). Zu beachten ist, dass sich die hier einschlägige **Sonderbestimmung** zwar auf § 18 bezieht, dabei aber dessen **Fassung vor den Änderungen durch das PUEG** meint.

Der Versicherte ist nach Abs. 2 S. 1 grundsätzlich in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Sofern der Versicherte hierzu nicht sein Einverständnis erteilt, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen nach Abs. 2 S. 2 verweigern (vgl. hierzu auch BayLSG 19.12.2016 – L 2 P 70/15, = BeckRS 2016, 115670 Rn. 15 f.). Allerdings ergeben sich Grenzen für eine Mitwirkung nach Abs. 2 S. 3; → Rn. 13 ff.

Der Bundesrat konnte sich mit seiner Forderung, die Begutachtung regelhaft ohne Untersuchung im Wohnbereich mit Einverständnis der Versicherten in den Fällen zu ermöglichen, in denen die Aktenlage bereits ein klares Bild vermittelt und

bei denen es sich um Wiederholungsbegutachtungen und Höherstufungsanträge handelt sowie mit der Forderung einer telefonischen Begutachtung als gleichwertige Alternative zum Hausbesuch nicht durchsetzen (vgl. BR-Drs. 165/1/23 [Empfehlungen der Ausschüsse], 4f., und die Gegenäußerung der Bundesregierung [BT-Drs. 20/6869, 41]; zur positiven Resonanz einer vom MD durchgeführten repräsentativen Versichertenbefragung zur telefonischen Begutachtung während der Corona-Pandemie vgl. Drescher SozSich 2023, 206).

2. Verweigerung des Einverständnisses zur Untersuchung im Wohnbereich (Abs. 2 S. 2)

- 12 **Abs. 2 S. 2** sieht bei einer **Verweigerung des Einverständnisses** zur Untersuchung im Wohnbereich die Möglichkeit einer Verweigerung der beantragten Leistungen vor. Die Pflicht, sich auf Verlangen der Pflegekasse ärztlichen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, ergibt sich bereits aus § 62 SGB I. Diese Vorschrift enthält zugleich jedoch eine Einschränkung, die auch für S. 2 gilt: Der Versicherte kann sein Einverständnis „sanktionslos“ verweigern, soweit die Untersuchung im eigenen Wohnbereich für die Entscheidung über die beantragte Leistung nicht erforderlich ist. Dies folgt schon aus dem rechtsstaatlichen Übermaßverbot. Hinzu kommt, dass die Verweigerung von Leistungen bei fehlendem Einverständnis im **Ermessen der Pflegekasse** steht. Eine Leistungsverweigerung ist dann regelmäßig ermessensfehlerhaft, wenn eine Untersuchung im eigenen Wohnbereich in Anbetracht der konkret beantragten Leistungen nicht erforderlich war. Danach kommt der Verpflichtung, eine Untersuchung im eigenen Wohnbereich zuzulassen, grundsätzlich nur dann Bedeutung zu, wenn der Pflegebedürftige Pflegegeld beantragt, da hier eine Sicherstellung der Pflege im häuslichen Umfeld durch selbst beschaffte Pflegepersonen Leistungsvoraussetzung ist. Ein Hausbesuch des Gutachters dürfte zudem auch erforderlich sein, wenn es um die Gewährung von Pflegehilfsmitteln, technischen Hilfen oder Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes geht. Schon bei der Gewährung von häuslicher Pflegehilfe in der Form der Pflegesachleistung (§ 36) wird eine Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen nicht in jedem Fall zwingend erforderlich sein. Erst recht ist der Pflegebedürftige nicht verpflichtet, sich im eigenen Wohnbereich untersuchen zu lassen, wenn er **stationäre Pflege** in Anspruch nehmen will. Die Pflegekasse kann dem Pflegebedürftigen gegen seinen Willen Leistungen der häuslichen Pflege nicht aufdrängen, auch wenn eine Pflege im häuslichen Bereich objektiv durchführbar wäre. Dies ergibt sich aus § 2 Abs. 2, ist im Grundsatz aber schon durch Art. 1 Abs. 1 GG sichergestellt. (Weitere) Grenzen der Mitwirkung sind in Abs. 2 S. 3 bedacht.

3. Grenzen der Mitwirkung (Abs. 2 S. 3)

- 13 Die **allgemeinen Grundsätze über die Grenzen der Mitwirkung (§ 65 SGB I)** und die Folgen fehlender Mitwirkung (§ 66 SGB I) gelten auch in Bezug auf die Weigerung des Versicherten, einer Untersuchung durch den MD bzw. andere unabhängige Gutachter im eigenen Wohnbereich zuzustimmen. Das ist mit Abs. 2 S. 3, der durch das PUEG wegen der besseren Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit umformuliert wurde, ohne dass damit eine inhaltliche Änderung verknüpft ist, klargestellt.
- 14 Zu beachten sind vor allem die in § 65 Abs. 1 SGB I aufgeführten **Grenzen der Mitwirkungspflicht**, die die Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes (Nr. 1) und speziell des Zumutbarkeitserfordernisses (Nr. 2) sicherstellen und eine Mitwirkungspflicht für den Fall ausschließen, dass sich der Leistungsträger die erforderlichen Kenntnisse durch geringeren Aufwand als der Antragsteller selbst beschaf-

fen kann (Nr. 3). Sofern eine Verletzung der Mitwirkungspflichten vorliegt und hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert wird, kann die Pflegekasse ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind (§ 66 Abs. 1 S. 1 SGB I). § 67 SGB I schränkt die Wirkung der Leistungsverweigerung durch die Pflegekasse ein: Eine **Nachholung der Mitwirkung** durch den Versicherten lässt die Grundlage der Leistungsverweigerung an sich entfallen; die versagte oder entzogene Leistung kann nachträglich ganz oder teilweise erbracht werden. Auch wenn hier der Pflegekasse ein Ermessen eingeräumt ist, wird regelmäßig zu prüfen sein, ob nicht eine Ermessensreduktion auf Null vorliegt. Erhebliche Bedeutung hat die Anwendbarkeit von **§ 66 Abs. 3 SGB I**. Danach dürfen Sozialleistungen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge **schriftlich hingewiesen** worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten **angemessenen Frist** nachgekommen ist. Vor allem diese Regelung, aber auch die übrigen allgemeinen Vorschriften über die Mitwirkung des Leistungsberechtigten (§§ 60–67 SGB I) kommen auch dann zur Anwendung, wenn das SGB XI an anderer Stelle Leistungsentziehungen oder ein Ruhen von Leistungen von einem Verhalten des Versicherten abhängig macht, wie dies etwa bei § 37 Abs. 3 der Fall sein könnte.

4. Ausnahme von der Untersuchung im Wohnbereich – (Abs. 2 S. 5 ff.)

Eine **Untersuchung** des Pflegebedürftigen in dessen Wohnbereich kann nur **ausnahmsweise entfallen** (Abs. 2 S. 5). Das Gesetz erwähnt als Ausnahme zwei Kategorien: Zum einen den Fall, dass das Ergebnis der medizinischen Untersuchung aufgrund einer **eindeutigen Aktenlage** feststeht (Abs. 2 S. 5 Nr. 1), zum anderen den Fall einer **Krisensituation** (Abs. 2 S. 5 Nr. 2).

Beantragt der Pflegebedürftige die Gewährung von Pflegegeld, so kann auch in diesen Fällen ein Hausbesuch durch Mitarbeiter des MD oder andere Gutachter nur dann unterbleiben, wenn zugleich die pflegerische Versorgung, die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Möglichkeiten zur Verbesserung des Wohnumfeldes geklärt sind. Ist im Verlauf einer **Akuterkrankung** erkennbar, dass der Versicherte auf Dauer pflegebedürftig bleibt, so ist eine Begutachtung im Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung geboten, ohne dass es eines Leistungsantrages des Versicherten bedarf (§ 7 Abs. 2 S. 2); Abs. 5 schreibt für diese Fälle die Einhaltung kurzer Bearbeitungsfristen vor. In diesem Fall kann auf eine erneute Untersuchung im eigenen Wohnbereich ebenfalls verzichtet werden, soweit die dort bestehende pflegerische Situation keiner Klärung bedarf. Ein Hausbesuch kommt zudem dann nicht in Betracht, wenn Pflegebedürftigkeit (aufgrund eindeutiger Aktenlage oder extern erhobener Anamnese) feststeht, der Pflegebedürftige aber die **Gewährung häuslicher Pflege oder von Pflegegeld ablehnt** und stattdessen vollstationäre Pflege (§ 43) wünscht (vgl. → Rn. 12).

Die Ausnahme bzgl. der **Krisensituation** ist auf die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie zurückzuführen. Es zeigte sich, wie wichtig es ist, in Krisenlagen schnell und situationsangemessen reagieren zu können, um auch unter sich stetig verändernden Rahmenbedingungen einen bestmöglichen Zugang zur pflegerischen Versorgung sicherzustellen. Der neue S. 5 Nr. 2 gewährleistet den Versicherten auch in Krisensituationen einen zeitnahen Zugang zu den ihnen zustehenden Leistungen. Dabei wird zugleich klargestellt, dass Krisenlagen auf nationaler oder, bezogen auf den Aufenthaltsort des Versicherten, regionaler Ebene entstehen, etwa als pandemische Notlagen oder auch durch Naturkatastrophen oder Großschadensereignisse vorliegen können, sodass die Krisensituation

einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. **Voraussetzung** einer solchen ausnahmsweisen Begutachtung ohne Untersuchung im Wohnbereich ist nach Abs. 2 S. 6 jedoch, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht (Hs. 1); jedoch ist der **Wunsch des Versicherten**, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, zu berücksichtigen (Hs. 2). Liegen die Voraussetzungen dieser Ausnahmeregelung nach Abs. 2 S. 5 Nr. 2 vor, bestimmt S. 7, dass **Grundlage für eine solche Begutachtung** die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind, bilden. Insoweit spricht die Gesetzesbegründung (BT-Drs. 20/6544, 56) von einer „gegebenenfalls telefonisch oder digital“ strukturierten Befragung der Versicherten, deren Bevollmächtigten und rechtlichen Betreuern sowie Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen (wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte der antragstellenden Person, Mitarbeitende des bisherigen Pflegedienstes, Nachbarinnen und Nachbarn). Mit S. 7 wird also konkret und deutlich, dass die Fälle nach Abs. 2 S. 5 Nr. 2 (in Abgrenzung zu Fällen nach Abs. 2 S. 5 Nr. 1) gerade **nicht nach Aktenlage** zu beurteilen, sondern weitere Ermittlungen durchzuführen sind. Dass die **Vorgaben für die Pflegebegutachtung im Übrigen unberührt** bleiben, versteht sich von selbst (klarstellend dennoch in BT-Drs. 20/6544, 56). Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach S. 5 Nr. 2 konkretisiert der MD Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens 31.10.2023 in den **Richtlinien nach § 17 Abs. 1**. Ohne dass es im Gesetzestext Niederschlag gefunden hat, geht der Gesetzgeber davon aus, dass in den Richtlinien auch Konkretisierungen zum Ablauf und zur Durchführung der Interviews, aber auch Bezugnahmen auf in Krisensituationen relevante Institutionen, so beispielsweise das Robert Koch-Institut in pandemischen Lagen, aufzunehmen sind (BT-Drs. 20/6544, 56). Dem MD Bund und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist eine terminverbindliche Pflicht auferlegt, ohne dass jedoch für die Nichterfüllung Konsequenzen aufgezeigt werden. Ausreichend ist im Übrigen jedoch ein „Benehmen“, das an die Qualität eines „Einvernehmens“ nicht heranreicht.

- 18 Eine **weitere Ausnahme** von der Untersuchung im Wohnbereich ergibt sich bei Unterbringung in stationärer Einrichtung; vgl. hierzu **Abs. 5** (→ Rn. 29 ff.).
- 19 Der Bundesrat konnte sich im Übrigen mit seiner Forderung, die Begutachtung regelhaft ohne Untersuchung im Wohnbereich mit Einverständnis der Versicherten in den Fällen zu ermöglichen, in denen die Aktenlage bereits ein klares Bild vermittelt und bei denen es sich um Wiederholungsbegutachtungen und Höherstufungsanträge handelt sowie mit der Forderung einer telefonischen Begutachtung als gleichwertige Alternative zum Hausbesuch nicht durchsetzen (vgl. BR-Drs. 165/1/23 [Empfehlungen der Ausschüsse], 4 f., und die Gegenäußerung der Bundesregierung [BT-Drs. 20/6869, 41]; zur positiven Resonanz einer vom MD durchgeführten repräsentativen Versichertenbefragung zur telefonischen Begutachtung während der Corona-Pandemie vgl. Drescher SozSich 2023, 206).

5. Sonderbestimmungen während der Corona-Pandemie

- 20 Aufgrund der Einschränkungen, die während der Corona-Pandemie zum Schutze der Bevölkerung erforderlich wurden, hat der Gesetzgeber mit einem neuen Dritten Abschnitt im 16. Kapitel des SGB XI (§§ 147–153) unter dem Titel „Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie“ in einzelnen Bereichen des

SGB XI Sonderregelungen getroffen. Zu beachten ist, dass sich die hier einschlägige **Sonderbestimmung** zwar auf § 18 bezieht, dabei aber dessen **Fassung vor den Änderungen durch das PUEG** meint.

Zur Untersuchung im Wohnbereich bestimmt § 147 Abs. 1:

21

„Abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 1 kann die Begutachtung bis einschließlich 31. März 2022 ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung des Versicherten oder des Gutachters mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zwingend erforderlich ist; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. Grundlage für die Begutachtung bilden bis zu diesem Zeitpunkt insbesondere die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entwickelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. Oktober 2020 bundesweit einheitliche Maßgaben dafür, unter welchen Schutz- und Hygieneanforderungen eine Begutachtung durch eine Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich stattfindet und in welchen Fällen, insbesondere bei welchen Personengruppen, eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zwingend erforderlich ist.“

§ 147 Abs. 6 bestimmt, dass § 147 Abs. 1 für Anträge auf Pflegeleistungen gilt, die zwischen dem 1.10.2020 und dem 31.3.2022 gestellt wurden; zur Verlängerungsmöglichkeit dieser Sonderregelung durch Rechtsverordnung des BMG vgl. § 152.

V. Beeinträchtigungen bei außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltsführung (Abs. 3)

Die Regelungen zu **Beeinträchtigungen bei außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltsführung** des Abs. 3 fanden sich vor dem PUEG in § 18 Abs. 5a aF, der durch das PSG II eingeführt wurde.

Abs. 3 S. 1 verpflichtet die Gutachter, auch Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen, obwohl sich diese Feststellungen auf die Zuordnung zu einem Pflegegrad nicht auswirken. So nun mit dem PUEG ausdrücklich auch Abs. 3 S. 2, der vorgibt, dass beide Bereiche bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt werden, § 14 Abs. 3 aber unberührt bleibt (BT-Drs. 20/6544, 56: „die für den Bereich der Haushaltsführung relevanten Beeinträchtigungen sind gemäß § 14 Absatz 3 bei den Fragen zu den sechs Lebensbereichen nach § 14 Absatz 2 mitberücksichtigt“). Das neue Begutachtungsinstrument umfasst in seinen acht Modulen (§ 14 Abs. 2) auch die Kriterien, die Beeinträchtigungen der außerhäuslichen Aktivitäten oder der Haushaltsführung verursachen. Hätte man diese Bereiche zusätzlich mit Punkten bewertet, so wären identische Beeinträchtigungen mehrfach berücksichtigt worden. Die umfassende Berücksichtigung aller für eine selbständige Lebensführung maßgebenden Faktoren soll nach Auffassung des Gesetzgebers aber nicht nur als Grundlage zur Einstufung in die Pflegegrade und damit zur Feststellung der Leistungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden, sondern darüber hinaus einen Beitrag zu einer verbesserten Planung des individuellen Pflegeprozesses leisten (BT-Drs. 18/5926, 117). Das neue Begutachtungsinstrument könne auch umfassende und differenzierte Informationen zur Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zur Verfügung stellen, die sowohl im Rahmen der Beratung und der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a als auch des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 SGB V eingesetzt wer-

24

den könnten. Hierzu nun auch die Gesetzesbegründung zum PUEG (BT-Drs. 20/6544, 56):

„Die (...) abgebildeten Kriterien, die in den Bereichen ‚außerhäusliche Aktivitäten‘ und ‚Haushaltsführung‘ genannt werden, dienen nicht dazu, Aussagen zum Umfang des Leistungsrechts der Pflegeversicherung zu treffen. (...) Gleichwohl sind Erkenntnisse, die zu den in diesen beiden Bereichen erhobenen Kriterien gewonnen werden, von großer Bedeutung für die Bewältigung der Pflegesituation und damit die Stärkung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen. Die Informationen zu beiden Bereichen sind hilfreich für die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekasse sowie für die Pflegeplanung der Pflegekräfte.“

- 25 Der Umfang des Leistungsrechts wird durch die leistungs- und vertragsrechtlichen Vorgaben bestimmt. Hilfen bei der Haushaltsführung, auf die auch in § 14 Abs. 3 Bezug genommen wird, sind integraler Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung und werden für die Pflegebedürftigen insbesondere gemäß § 36 als Sachleistungen der Pflegeversicherung vorgehalten. Um **Hilfen bei der Haushaltsführung** im Hinblick auf den Unterstützungsbedarf des jeweiligen Pflegebedürftigen sachgerecht zu planen und zu erbringen, können auch die Ergebnisse der Begutachtung im Bereich des **§ 18a Abs. 3 S. 4 Nr. 2** herangezogen werden (BT-Drs. 20/6544, 56).
- 26 Bei den in **§ 18a Abs. 3 S. 4 Nr. 1** aufgeführten **außerhäuslichen Aktivitäten** handelt es sich hingegen ausschließlich beim Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege gem. § 41 oder eines Tagesbetreuungsangebotes iSd § 45a um Bereiche, für die die Pflegeversicherung spezifische Leistungen nach dem SGB XI bereithält. Bei den anderen in Abs. 3 S. 4 Nr. 1 aufgeführten Bereichen handelt es sich hingegen um Aktivitäten, die zum Teil gar nicht und zum Teil nur im Einzelfall Bestandteil bestimmter Leistungen der Pflegeversicherung sein können und für die vielmehr Leistungen anderer Leistungsträger wie möglicherweise der Eingliederungshilfe oder bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen im Einzelfall auch der Krankenversicherung beansprucht werden können, oder es handelt sich um Aktivitäten, in denen Pflegebedürftige ggf. Unterstützung beispielsweise durch örtliche Hilfsorganisationen oder ehrenamtlich Engagierte erhalten können. § 18a Abs. 3 S. 4 Nr. 1 dient dem Ziel, eine umfassende Zusammenschau auf Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu erhalten; für die Deckung von daraus ggf. konkret ableitbaren Unterstützungsbedarfen sind in der Beratung hingegen verschiedene Träger, insbes. auch außerhalb der Pflegeversicherung, in die Betrachtung einzubeziehen (BT-Drs. 20/6544, 56 f.).
- 27 Nach Abs. 3 S. 5 wird der MD Bund letztlich verpflichtet („Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert“; bis zu den Änderungen durch das PUEG wurde der MD Bund mit § 18 Abs. 5a aF „ermächtigt“), in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die Kriterien für außerhäusliche Aktivitäten und die Haushaltsführung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Abs. 3 S. 2 zu konkretisieren. Dem MD Bund und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist eine terminverbindliche Pflicht auferlegt, ohne dass jedoch für die Nichterfüllung Konsequenzen aufzeigt werden. Ausreichend ist im Übrigen jedoch ein „Benehmen“, das an die Qualität eines „Einvernehmens“ nicht heranreicht.

VI. Übriger Gutachtenumfang (Abs. 4)

- 28 Abs. 4 stellt klar, dass sich die Begutachtung im Übrigen – also neben den in den vorherigen Absätzen dargelegten Kriterien – auf die im Gutachten darzulegenden **Feststellungen und Empfehlungen nach § 18b** erstreckt.

VII. Durchführung der Begutachtung (Abs. 5)

Bei der Regelung in Abs. 5 handelt es sich um den bisherigen § 18 Abs. 3 S. 3 29 und 4 aF. In Abgrenzung zu Abs. 6 (dort häusliche Unterbringung ohne palliative Versorgung) ist Anwendungsbereich des Abs. 6 die **stationäre Unterbringung oder palliative Versorgung**.

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sind darauf angewiesen, mög- 30 lichst schnell Klarheit darüber zu gewinnen, ob ihnen die beantragten Leistungen gewährt werden, weil sie die Durchführung der Pflege zeitnah organisieren und planen können müssen. Besondere Eilbedürftigkeit sieht der Gesetzgeber, wenn sich der Antragsteller in stationärer Behandlung (im Krankenhaus oder stationäre Rehabilitationseinrichtung) befindet und

- Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären We- 31 terversorgung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist (Abs. 5 S. 1 Nr. 1) oder
- wenn die Pflegeperson gegenüber ihrem Arbeitgeber die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz angekündigt hat (Abs. 5 S. 1 Nr. 2) oder
- mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 MPfZG vereinbart wurde (Abs. 5 S. 1 Nr. 3).

Für diese Fälle wird vorgegeben, dass die Begutachtung **unverzüglich, spätes- 31 tens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse** durchzuführen ist. Entscheiden ist also nicht, wann der Antrag gestellt wurde, sondern wann er eingegangen ist – und zwar bei der zuständigen Pflegekasse. Zeiten einer etwaigen Weiterleitung eines unzuständigen Leistungsträgers zählen hierbei nicht mit; der Eingang bei dem unzuständigen Leistungsträger ist insoweit nicht entscheidend (anders nach § 16 Abs. 2 S. 2 SGB I). Als Arbeitstage gelten die Werktage von Montag bis Freitag. Mit dieser Umstellung auf Arbeitstage (bis zum PUEG galt eine 1-Wochen-Frist) soll auch einer fristgerechten Begutachtung in Zeiträumen, in denen besonders viele gesetzliche Feiertage auf Arbeitstage fallen, besser Rechnung getragen werden (BT-Drs. 20/6544, 57). Diese **5-Tage-Frist** kann durch **regionale Vereinbarungen verkürzt** werden (Abs. 5 S. 2).

Die 5-Tages-Frist bzw. die durch regionale Vereinbarungen verkürzte **Begutach- 32 tungsfrist gilt** im Übrigen auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem **Hospiz** befindet oder **ambulant palliativ** versorgt wird (Abs. 5 S. 3).

Für die Begutachtung ist **keine Untersuchung in der Einrichtung** vorgesehen. 33 Das lässt sich wie folgt begründen: Der bisherige Gesetzestext schrieb in § 18 Abs. 3 S. 3 aF vor, dass die Begutachtung „dort“ (im Krankenhaus oder der stationären Rehabilitationseinrichtung) zu erfolgen hatte. Nach der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 20/6544, 57) stützte sich die Mehrheit der MD in diesen Fällen allerdings auf Ziffer 6.1.3 der Begutachtungs-Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, nach welcher in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist

„eine gutachterliche Stellungnahme auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Unterlagen möglich ist. Einem solchen Vorgehen liegen insbes. pflegefachliche Erwägungen zugrunde, nach denen der konkrete Pflegegrad der pflegebedürftigen Person erst in deren Wohnbereich festgestellt werden kann. Eine grundsätzlich persönliche Befunderhebung der antragstellenden Person noch im Krankenhaus oder in der stationären Rehabilitationseinrichtung wird aus pflegefachlicher Sicht als nicht zielführend angesehen. Hinzu kommen weitere Unwägbarkeiten, beispielsweise Störungen des Krankenhausablaufs durch die Untersuchung der antragstellenden Person oder deren fehlende Privatsphäre aufgrund des Aufenthalts in einem Mehrbettzimmer. Aus den vorgenannten Gründen und unter Berücksichtigung des neuen Abs. 7 S. 2, der regelt, dass die abschließende – grundsätzlich im Wohnbereich des Versicherten stattfindende – Begutachtung unverzüglich nachzuholen ist, entfällt im neuen Abs. 5 S. 1 das Wort

„dort“. Mit dieser Würdigung steht letztlich auch in Einklang, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass es sich bei dem nach Abs. 5 S. 1 festgestellten Pflegegrad um eine vorläufige Einschätzung handelt, die ggf. nicht die tatsächlich vorliegenden Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person widerspiegelt.“ (vgl. BT-Drs. 20/6544, 58 zu Abs. 7).

VIII. Fristgerechte Begutachtung (Abs. 6)

- 34 Abs. 6 enthält die Regelung des bisherigen § 18 Abs. 3 S. 5 aF, wobei – wie schon bei Abs. 5 – die bisherige Bemessung der Frist nach Wochen auf Arbeitstage umgestellt wurde. Mit der Umstellung soll ua einer fristgerechten Begutachtung in Zeiträumen, in denen besonders viele gesetzliche Feiertage auf Arbeitstage fallen, besser Rechnung getragen werden (BT-Drs. 20/6544, 57). Als Arbeitstage gelten die Werktage von Montag bis Freitag.
- 35 In Abgrenzung zu Abs. 5 (dort stationäre Unterbringung oder palliative Versorgung) ist Anwendungsbereich des Abs. 6 die häusliche Unterbringung ohne palliative Versorgung. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PfZG gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 FPfZG vereinbart, so ist
- eine Begutachtung des Antragstellers spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen (Abs. 6 Nr. 1) und
 - der Antragsteller vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter an die Pflegekasse weiterleitet (Abs. 6 Nr. 2).
- 36 Ohne Ermessen ist damit zwingend **Zweierlei** vorgegeben: Zum einen die Frist für die Gutachtenerstellung und zum anderen die unverzügliche (ohne schuldhaftes Verzögerung), schriftliche Information des MD oder des Gutachters darüber, welche Empfehlung er an die Pflegekasse weitergeleitet hat.

IX. Inhalt der Empfehlung (Abs. 7)

- 37 Abs. 7 S. 1 bestimmt, dass in den Fällen von Abs. 5 (Begutachtung bei stationärer Unterbringung oder palliativer Versorgung) und Abs. 6 (häusliche Unterbringung ohne palliative Versorgung) die **Empfehlung nur die Feststellung** beinhalten muss, **ob Pflegebedürftigkeit iSd §§ 14 und 15 vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt** sind. Sodann bestimmt S. 2, dass die **abschließende Begutachtung des Versicherten unverzüglich nachzuholen** ist, was impliziert, dass in den vorgenannten Fällen uU keine persönliche Untersuchung erfolgt ist, vgl. auch BT-Drs. 20/6544, 57 zu Abs. 5:

„Aus vorgenannten Gründen und unter Berücksichtigung des neuen Absatzes 7 Satz 2, der regelt, dass die abschließende – grundsätzlich im Wohnbereich des Versicherten stattfindende – Begutachtung unverzüglich nachzuholen ist, entfällt im neuen Absatz 5 Satz 1 das Wort ‚dort‘.“

- 38 Sofern der Versicherte unmittelbar **im Anschluss** an den Aufenthalt in einem Krankenhaus, einschließlich des Aufenthalts im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e SGB V, oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabi-

lationseinrichtung **Kurzzeitpflege** in Anspruch nimmt, hat die abschließende Begutachtung nach S. 3 spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen. Hierzu der Gesetzgeber (BT-Drs. 20/6544, 57 f.:

„Grundsätzlich hat die abschließende Begutachtung durch eine Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu erfolgen (vergleiche Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1). Demgemäß kann sich in Fallkonstellationen, in denen die pflegebedürftige Person im Anschluss an einen Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitations-einrichtung in einer Pflegeeinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch nimmt, die abschließende Untersuchung um bis zu mehrere Wochen verschieben. Der nach Absatz 5 Satz 1 festgestellte vorläufige Pflegegrad spiegelt gegebenenfalls nicht die tatsächlich vorliegenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person wider und kann auch für die Einrichtung, in der die Kurzzeitpflege stattfindet, in personeller wie auch finanzieller Hinsicht eine Herausforderung darstellen. Daher wird in Absatz 7 Satz 3 geregelt, dass die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung vorzunehmen ist. Einem im Nachhinein gegebenenfalls veränderten Hilfebedarf des Antragstellers, der etwa dadurch vorliegt, dass sich der Versicherte wieder in seiner vertrauten Umgebung befindet, wird durch die Möglichkeiten einer Wiederholungsbegutachtung oder der Befristung des Leistungsbescheides (§ 33 Absatz 1 Satz 4) hinreichend Rechnung getragen. Mit Satz 3 werden auch Fälle berücksichtigt, in denen die pflegebedürftige Person zwischen dem Aufenthalt im Krankenhaus und der stattfindenden Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39e SGB V in Anspruch nimmt.“

X. Hinweispflichten und Zustimmungserfordernisse (Abs. 8)

Abs. 8 bündelt verschiedene, insbes. bisher in den §§ 18 und 18a aF enthaltene **Zustimmungserfordernisse** der antragstellenden Person. 39

Abs. 8 S. 1 beinhaltet die bisherige – bis zum PUEG geltende – Regelung des § 18 Abs. 3 S. 8 aF. Hiernach ist der Antragsteller bei der Begutachtung **auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens** insbes. für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V und die Pflegeplanung **hinzuweisen**. 40

In Abs. 8 S. 2 wird die Regelung des bisherigen § 18 Abs. 6a S. 3 aF aufgegriffen und enthält eine Regelung zur Zustimmung des Versicherten, dass Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung hinsichtlich Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung gelten (vgl. § 18b Abs. 3 S. 1). So bestimmt Abs. 8 S. 2, dass diese **Zustimmung des Versicherten nach § 18b Abs. 3 S. 1** gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung erfolgt und im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert wird. Damit sind **Adressat der Zustimmung** und Dokumentation der Zustimmung klar benannt. Da nur die **Form der Dokumentation** vorgeschrieben ist, ist im Umkehrschluss die Form der Zustimmung frei. Sie kann zB mündlich, elektronisch, schriftliche erfolgen. 41

Gleiches, was nach S. 2 für die Zustimmung des Versicherten nach § 18b Abs. 3 S. 1 gilt, wird mit Abs. 8 S. 3 um die „Zustimmung“ des Antragstellers zur Weiterleitung der Heilmittelempfehlungen an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt nach **§ 18c Abs. 3 S. 3** ergänzt. So der Gesetzeswortlaut und die Gesetzesbegründung (BT-Drs. 20/6544, 58), gleichwohl § 18c Abs. 3 S. 3 eine „**Einwilligung**“ fordert. Eine Einwilligung ist die vorherige Zustimmung (§ 183 S. 1 BGB), während die Zustimmung insgesamt auch eine nachträgliche Genehmigung sein kann (vgl. § 184 Abs. 1 BGB). Insofern ist das Begriffsverständnis der Einwilligung 42

enger. Dass der Gesetzestext insoweit in § 18a Abs. 8 S. 3 unpräzise ist, dürfte ein schlechtes redaktionelles Versehen darstellen. Im Ergebnis gilt jedenfalls, dass auch diese „Zustimmung“ (richtig: Einwilligung) gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung erfolgt und im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert wird. Damit sind wiederum **Adressat der Einwilligung** und Dokumentation der Einwilligung klar benannt. Da nur die **Form der Dokumentation** vorgeschrieben ist, gilt auch hier im Umkehrschluss, dass die Form der Einwilligung frei ist. Sie kann zB mündlich, elektronisch, schriftliche erfolgen. Da die Begutachtungs-Richtlinien aber erst entsprechend anzupassen sind (vgl. BT-Drs. 20/6544, 58), gilt diese Vorgabe entsprechend der gesetzlichen Einschränkung spätestens ab 1.11.2023. Der Gesetzgeber geht offenbar davon aus, dass diese Geltungsbestimmung grundsätzlich für die Einwilligung nach § 18c Abs. 3 S. 3 gilt. In der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 20/6544, 58) führt er aus:

„die Zustimmung hinsichtlich § 18c Absatz 3 Satz 3 ist spätestens dem ersten Tag des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats einzuholen;“.

Diese Sicht dürfte nicht zutreffen. Denn die „Zustimmung“ – richtig: Einwilligung – als solche ist in § 18c Abs. 3 S. 3 vorgesehen und zwar ohne abweichende Geltungsbestimmung. Hätte der Gesetzgeber eine solche besondere Geltungsbestimmung für die Einwilligung treffen wollen, hätte er sie bei § 18c Abs. 3 S. 3 treffen sollen oder aber dieses an anderer Stelle, dann aber konkret regeln müssen. Mit dem Gesetzestext ist nun jedenfalls davon auszugehen, dass eine Einwilligung nach § 18c Abs. 3 S. 3 möglich und auch erforderlich ist, und diese ab dem 1.11.2023 gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung erfolgt und im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert wird. Bis zu diesem Stichtag existiert zum Adressaten und der Dokumentation keine Vorgabe. Das heißt, die Einwilligung kann zB gegenüber dem Gutachter oder der Pflegekasse erfolgen. Eine besondere Form ist nicht vorgesehen (vgl. aber für die Einwilligung bzgl. der Auskunftspflicht des Arztes oder Angehöriger eines anderen Heilberufes § 100 Abs. 1 S. 2 SGB X, wonach die Einwilligung des Versicherten in Schriftform erfolgen soll).

- 43 Abs. 8 S. 4, der die bislang geltende Regelung des § 18a Abs. 1 S. 5 und 6 aF ablöst, gilt, dass der Antragsteller bei der Begutachtung **über die Möglichkeiten nach § 18c Abs. 4 S. 3 und 4** (Weiterleitung der Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen und der Leistungsentscheidung) **und das Erfordernis der Einwilligung zu informieren** ist und die Einwilligung jeweils schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren ist. Im Gesamtzusammenhang zu S. 2 ergibt sich, dass Adressat der Einwilligung die Gutachterin bzw. der Gutachter ist.

XI. Konkretisierung des Amtsermittlungsgrundsatzes (Abs. 9)

- 44 Abs. 9 entspricht dem bis zum PUEG geltenden § 18 Abs. 4 aF. Die Vorschrift enthält eine **besondere Ausformung des Amtsermittlungsgrundsatzes**. Die Pflicht, bei der Aufklärung eines medizinischen Sachverhaltes alle verfügbaren Unterlagen beizuziehen, die in Bezug auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit Aussagekraft haben, ergibt sich für die Pflegekasse schon aus §§ 20, 21 SGB X. Nunmehr wird noch einmal explizit bestimmt, dass der MD oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter bei entsprechender Einwilligung des Versicherten die **behandelnden Ärztinnen und behandelnden Ärzte des Antragstellers**, insbesondere die **Hausarztin** oder den **Hausarzt**, in die **Begutachtung einbeziehen** und **ärztliche Auskünfte** und **Unterlagen** über die für die **Begutachtung der Pflegebedürftig-**

keit wichtigen Vorerkrankungen sowie über **Art, Umfang und Dauer** der **Hilfebedürftigkeit** einholen soll (Abs. 9 S. 1).

Die Einwilligung des Versicherten bedarf der **Schriftform**, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist (§ 100 Abs. 1 S. 2 SGB X). Verweigert der Versicherte seine Einwilligung, so hat er grundsätzlich die Folgen der Beweislosigkeit der anspruchsbegründenden Tatsachen zu tragen. Willigt der Versicherte ein, so ist der behandelnde Arzt grundsätzlich zur Auskunftserteilung verpflichtet.

Mit Einwilligung des Versicherten sollen **auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt** werden (Abs. 9 S. 2). Der Beweiswert der Befragung von Angehörigen und Pflegepersonen ist zumeist mindestens ebenso hoch wie derjenige von ärztlichen Auskünften oder Behandlungsunterlagen. Das Einverständnis des Betroffenen dürfte unterstellt werden, wenn von seiner Seite nicht ausdrücklich widersprochen wurde. Bei fehlender Geschäftsfähigkeit ist die Einverständniserklärung des Betreuers erforderlich.

XII. Qualifikation der Begutachtenden des MD und zur Pflegebedürftigkeit von Kindern (Abs. 10)

Die Abs. 10 und 11 regeln Grundsätzliches zur Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter. Dabei bezieht sich **Abs. 10** auf den **MD und Gutachterinnen und Gutachter für die Prüfung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern**, wohingegen Abs. 11 für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter gilt.

Die gutachtlichen Aufgaben des MD werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzten in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften, die im Einzelfall über besondere Sachkunde verfügen, wahrgenommen (zur Zulässigkeit des Einsatzes von Pflegefachkräften als Gutachter auch vor der klarstellenden Änderung des Abs. 7 S. 1 aF durch das MDK-Reformgesetz vgl. LSG BW 25.2.2022 – L 4 P 3969/19, BeckRS 2022, 4765 Rn. 36; BSG 24.8.2017 – B 3 P 16/17 B = BeckRS 2017, 127176 Rn. 9). Als spezielle Fachkräfte kommen hier in Betracht: Heil- und Sonderpädagogen, Sozialarbeiter, Psychologen oder spezielle Fachärzte. Verfügt der MD nicht über Mitarbeiter mit entsprechenden Fachkenntnissen, so kann er auch externe Kräfte mit der Begutachtung oder Stellungnahmen zu Einzelfragen beauftragen. Dasselbe galt bislang schon, wenn die eigenen Kräfte zur Bewältigung von Antragsspitzen nicht ausreichten. Bei einer Einschaltung externer Fachkräfte dürfen auch die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt werden. Die Verantwortung für die Einhaltung des Datenschutzes trägt der MD bzw. andere unabhängige Gutachter, wenn diese unmittelbar ohne Beauftragung des MD eingeschaltet werden (§ 11 Abs. 1 BDSG). Die Vorschrift legt nicht fest, ob und ggf. in welchen Fällen der beauftragte Gutachter verpflichtet ist, **nichtärztliche Fachkräfte** (vor allem Pflegefachkräfte) an der Ermittlung des Sachverhalts zu beteiligen. Nach den BRi legen Arzt und Pflegefachkraft gemeinsam fest, welcher Gutachter einen Besuch durchführt. Das BSG (18.3.1999 – B 3 P 3/98 R, SozR 3–3300 § 15 Nr. 5 = BeckRS 1999, 30052121) hat angedeutet, dass dann, wenn es um die Beurteilung spezieller pflegerischer Belange geht, Pflegefachkräfte zu beteiligen sind (so auch LSG Nds 20.10.1998 – L 3 P 41/97, RdLH 1999, 72 = BeckRS 1998, 13765). Da die Begutachtung von Kindern besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzt, wurde bereits mit dem PflegeWEG zusätzlich die Regelung des S. 2 aufgenommen, wobei mit dem PUEG im Hinblick auf die mit dem zum 1.1.2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz einhergehenden Änderungen in der Pflegeberufausbildung eine Erweiterung um

„Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann“ erfolgt. Mit dieser Ergänzung soll der Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz Rechnung getragen werden, durch die die generalistisch ausgebildeten Pflegekräfte befähigt werden, in allen Bereichen der Pflege – Akutpflege, Kinderkrankenpflege, stationäre oder ambulante Langzeitpflege sowie allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung – tätig zu werden (BT-Drs. 20/6544, 58).

- 49 Im Übrigen regelt – was Abs. 11 S. 2 und 3 für die anderen unabhängigen Gutachter regelt – § 275 Abs. 5 SGB V, dass die Gutachterinnen und Gutachter des MD bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen sind. Sie sind nicht berechtigt, in die Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

XIII. Qualifikation anderer unabhängiger Begutachtender (Abs. 11)

- 50 Die Abs. 10 und 11 regeln Grundsätzliches zur Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter. Dabei bezieht sich Abs. 10 auf den MD und Gutachterinnen und Gutachter für die Prüfung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern wohingegen **Abs. 11 für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter** gilt.
- 51 In Abs. 11 sind der bis zum Inkrafttreten des PUEG geltende § 18 Abs. 7 S. 4 aF und § 18 Abs. 3a S. 5 aF zusammengeführt. Generalistisch stellt Abs. 11 S. 1 klar, dass für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter **Abs. 10 entsprechend** gilt. Auf die dortigen Ausführungen kann daher verwiesen werden.
- 52 S. 2 betont noch einmal ausdrücklich, dass die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter gegenüber der Pflegekasse nicht weisungsgebunden, sondern bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben **nur ihrem Gewissen unterworfen** sind. Eine entsprechende Regelung findet sich für die Ärzte des MD schon in § 275 Abs. 5 SGB V. Gleiches gilt für S. 3, mit dem das für die Gutachterinnen und Gutachter des MD nach § 275 Abs. 5 SGB V geltende **Verbot, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen**, in Bezug auf andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter in Abs. 11 S. 3 klarstellend aufgenommen wurde.

XIV. Gutachter privater Pflege-Pflichtversicherungen (Abs. 12)

- 53 Abs. 12 normiert klarstellend (BT-Drs. 20/6544, 58), dass für die Gutachterinnen und Gutachter, die von den die private Pflege-Pflichtversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen beauftragt werden, Pflegebedürftigkeit festzustellen und Pflegegrade zuzuordnen, § 23 Abs. 6 Nr. 1 gilt, also das private Krankenversicherungsunternehmen oder ein anderes die Pflegeversicherung betreibendes Versicherungsunternehmen verpflichtet sind, für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einem Pflegegrad **bei privat pflegepflichtversicherten Personen dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung** anzulegen.

§ 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

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

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

²Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die gutachterliche Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

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

(3) ¹Die im Gutachten gegebenen konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. ²Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird das Vorliegen der nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches notwendigen Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. ³Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. ⁴Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 1 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 konkretisiert. ⁵Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	3

	Rn.
III. Inhalt des Gutachtens (Abs. 1)	6
IV. Feststellungen zur Prävention und medizinischen Rehabilitation (Abs. 2)	15
V. Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegemitteln (Abs. 3)	17
VI. Übermittlung des Gutachtens (Abs. 4)	19

I. Geltende Fassung

- Die Vorschrift ist mWv 30.10.2012 durch Art. 1 Nr. 5 PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 170/12, BT-Drs. 17/9369, BT-Drs. 17/10157 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 17/10170 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) eingeführt worden; vgl. Begr. des RegE, BT-Drs. 17/9369, 39 f. Mit Art. 10 Nr. 7 MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I. 2789; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 359/19, BT-Drs. 19/13397, BT-Drs. 19/14871 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde Abs. 1 geändert.
- Mit Art. 1 Nr. 10 PUEG vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurde das Verfahren der Begutachtung grundlegend mWz 1.10.2023 neu geregelt und ua § 18b neu gefasst. Entsprechend dem amtlichen Titel regelt die Vorschrift nun nicht mehr die „Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren“, sondern „Inhalt und Übermittlung des Gutachtens“. Zu den Gesetzesmaterialien vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzesentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier va BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BReg). Diese Neuregelungen der §§ 18 ff. gelten erst ab 1.10.2023, um den Pflegekassen und dem MD ausreichend zeitlichen Vorlauf für die erforderlichen Anpassungen von internen Materialien und Verfahren an die neue Strukturierung und die Konkretisierung von Fristen sowie für die Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien einzuräumen (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54).

II. Normzweck

- Bis zur Änderung durch das PUEG regelte die Vorschrift die Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Der Gesetzgeber hatte zunächst den Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit **Abs. 1 aF** verpflichtet, in Richtlinien einen Verhaltenskodex für alle Gutachter und sonstigen Mitarbeiter der Medizinischen Dienste aufzustellen, der sie „zu einem respektvollen Verhalten gegenüber den Versicherten und deren Angehörigen verpflichtet“ (BT-Drs. 17/9369, 39). Mit dem MDK-Reformgesetz wurde diese Aufgabe dem MD Bund unter fachlicher Beteiligung der MD übertragen. Zurückzuführen ist dies auf die mit dem MDK-Reformgesetz geschaffene Unabhängigkeit des MD Bund (vgl. BT-Drs. 19/13397, 97).
- Mit dem PUEG wurden **die bis dahin geltenden §§ 18–18c durch die neuen §§ 18–18e grundlegend umstrukturiert**. Die Regelungen zum Verfahren der

Begutachtung sollten systematisch aufbereitet werden und für die Hauptnutzergruppen, dh die Versicherten und ihre An- und Zugehörigen, die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste klarer geordnet und besser verständlich sein (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54). Die Inhalte der bislang geltenden §§ 18 und 18a wurden in fünf neue Vorschriften gegliedert: § 18 hat die grundlegenden Steuerungsaufgaben der Pflegekassen zum Gegenstand, § 18a regelt die Durchführung der Begutachtung beim Antragsteller, § 18b führt die Regelungen zu den Inhalten des Gutachtens zusammen, § 18c bestimmt die Verfahren und Fristen bei der Bescheiderteilung, § 18d nennt die Berichtspflichten von Pflegekassen und Bund der Pflegekassen. Zudem enthält der neue § 18e Grundlagen zur wissenschaftlichen Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Pflegebegutachtungsverfahrens.

Die **Regelungen zum Inhalt und der Übermittlung des Gutachtens** erfolgen in § 18b in vier Absätzen. Abs. 1 umschreibt den erforderlichen Inhalt des Gutachtens. Mit Abs. 2 werden Besonderheiten bei den Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation normiert. Abs. 3 normiert Besonderheiten bzgl. der Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung. Schließlich bestimmt Abs. 4 Näheres zur Übermittlung.

III. Inhalt des Gutachtens (Abs. 1)

Abs. 1 S. 1 umschreibt den erforderlichen **Inhalt des Gutachtens**. Von der bis zum PUEG geltenden Rechtslage wurden folgende Regelungen inhaltlich aufgenommen: In S. 1 § 18 Abs. S. 3, 4, Abs. 6 S. 2, Abs. 6a S. 1 aF; in S. 2 § 18 Abs. 6 S. 4 aF.

Abs. 1 S. 1 macht **zwingende Vorgaben** an den Mindestinhalt des Gutachtens des MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter. Nach S. 1 Nr. 1 muss das Gutachten die Feststellungen beinhalten, die in der Begutachtung nach § 18a vorzunehmen sind, insbes. das Ergebnis der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt.

Auch wenn der MD bzw. die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter nicht feststellen, „wie“ die Pflege im Einzelfall durchgeführt wird bzw. durchzuführen ist, haben sie auch zukünftig im Gutachten **Empfehlungen** aufzuführen, die insbesondere **zu einer positiven Veränderung der Pflegesituation** beitragen können. Nach Abs. 1 S. 1 Nr. 2 muss das Gutachten darüber hinaus Feststellungen beinhalten, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind. Hieraus ergibt sich, dass die Stellungnahme des MD bzw. des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zwar gegenüber der Pflegekasse erfolgt, diese aber auch Auswirkungen auf andere Sozialleistungsträger haben soll. Dabei **sind** – entsprechend des nicht abschließenden Katalogs („insbesondere“) – ua („beispielhaft“, so BT-Drs. 20/6544, 59) **Empfehlungen auszusprechen zu**

- Maßnahmen der Prävention,
- Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (→ Rn. 10),
- Maßnahmen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung (→ Rn. 11),
- Maßnahmen zur Heilmittelversorgung,
- anderen therapeutischen Maßnahmen,
- Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds,
- edukativen Maßnahmen (→ Rn. 12) und

- einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V.
- 9 Mit dem PUEG wurde in S. 1 Nr. 2 der bisher geltende Wortlaut (§ 18 Abs. 1 S. 3 aF) aktualisiert und mit weiteren Regelungen des SGB sprachlich in Einklang gebracht (zB § 6 SGB XI oder § 10 SGB I). Damit sollten die bisher an den genannten Stellen enthaltenen Bezugnahmen auf durch die Gutachterinnen und Gutachter abzugebenden Empfehlungen zu Maßnahmen der Prävention, der Rehabilitation und der Hilfsmittelversorgung in einen neuen, schlüssigen Zusammenhang gestellt werden (BT-Drs. 20/6544, 59).
- 10 **Rehabilitation:** Das SGB XI betont an mehreren Stellen (§§ 5, 31 und 32), dass Prävention und Reha gegenüber der Gewährung von reinen Pflegeleistungen absoluten Vorrang genießen. Dieses Anliegen hielt der Gesetzgeber offenbar für so wichtig, dass er die Notwendigkeit einer Stellungnahme des Gutachters zum Reha-Bedarf innerhalb der Vorschrift gleich an zwei Stellen hervorhebt bzw. regelt (**Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Buchst. b und Abs. 2**). Die Feststellung eines Reha-Bedarfs und der Reha-Fähigkeit des Versicherten anlässlich eines Hausbesuchs zählen daher zu den wesentlichen Aufgaben des Gutachters. Die Frage einer möglichen Prävention stellt sich vor allem, wenn der Gutachter im Rahmen der Behandlung einer Akuterkrankung nach § 7 Abs. 2 zur Begutachtung eingeschaltet wird; weniger, wenn es bei einem Antrag auf Pflegeleistungen um die Beurteilung von Leistungsvoraussetzungen geht. Bereits mit dem PflegeWEG war in § 18 Abs. 6 S. 2 aF die Pflicht des Gutachters verankert, zum Reha- und Präventionsbedarf dezidiert Stellung zu nehmen. Mit dem PNG führte der Gesetzgeber zudem die Verpflichtung des Gutachters ein, die Reha-Empfehlung gesondert zu dokumentieren (§ 18 Abs. 6 S. 3 aF). Das PSG II verpflichtete die Gutachter zusätzlich, ihre Präventions- und Reha-Empfehlung auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen (§ 18 Abs. 6 S. 3 aF).
- 11 **Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung:** Der MD oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter hatten auch vor den Änderungen durch das PUEG nach § 18 Abs. 6a aF Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln abzugeben. Angesichts der schwierigen Abgrenzung der Leistungspflicht von Kranken- und Pflegekasse bei der Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen (→ § 40 Rn. 11 ff.) sollte die Regelung der Vereinfachung des Antragsverfahrens zwischen Versicherten und Kassen und der Entbürokratisierung der Verwaltungsverfahren zwischen den Kassen und dem MD dienen (BT-Drs. 18/5926, 90 f. zu Art. 1 Nr. 13 Buchst. b). Für bestimmte Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen (zum Katalog der betroffenen Hilfsmittel BT-Drs. 18/5926, 91), sollen die im Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochenen Empfehlungen des Gutachters zum Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelbedarf jetzt als Leistungsantrag des Versicherten gelten, wenn der Versicherte oder eine vertretungsrechte Person zustimmt (vgl. hierzu Abs. 3, → Rn. 17 ff.).
- 12 **Edukativen Maßnahmen:** Nach der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 20/6544, 59) sind unter „edukativen Maßnahmen“ vornehmlich Lern- und Bildungsmaßnahmen in Form von Information, Schulung, Beratung und Anleitung zu verstehen (vgl. Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches in der Fassung v. 29.9.2023, S. 17 und näher S. 123 f.).
- 13 **Individueller Pflegeplan:** Die im bisherigen § 18 Abs. 6 S. 2 aF verortete Vorgabe, dass im Rahmen der Begutachtung ein individueller Pflegeplan zu empfehlen ist, konnte entfallen, um einer in der Praxis bestehenden Verwechslungsgefahr sowohl mit dem durch die Pflegeberatung nach § 7a zu erstellenden individuellen Versorgungsplan als auch mit der durch die Pflegefachkraft anzufertigenden individuellen Pflegeplanung zu begegnen (BT-Drs. 20/6544, 59).

Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, bestimmt S. 2, dass sich die gutachterliche Stellungnahme auch darauf zu erstrecken muss („hat“), ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Es handelt sich um die wortgleiche Übernahme der Regelung des § 18 Abs. 6 S. 4 aF. Hintergrund der Regelung: Der Anspruch auf Pflegegeld setzt nach § 37 Abs. 1 voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Zur Begutachtung im eigenen Wohnbereich → § 18a Rn. 12. 14

IV. Feststellungen zur Prävention und medizinischen Rehabilitation (Abs. 2)

Abs. 1 S. 1 bestimmt **Näheres zu den Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation**. Diese sind auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Dies entspricht dem § 18 Abs. 6 S. 3 aF (idF bis zum Inkrafttreten des PUEG) und ist auf das PNG bzw. das PSG II zurückzuführen: Mit dem PNG führte der Gesetzgeber die Verpflichtung des Gutachters ein, die Reha-Empfehlung gesondert zu dokumentieren; das PSG II verpflichtete die Gutachter zusätzlich, ihre Präventions- und Reha-Empfehlung auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen. 15

Abs. 2 S. 2 normiert einen **Rechtsanspruch**: Im Umfang des nach Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Buchst. b festgestellten Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf diese Leistungen. Diese Regelung entspricht dem § 18 Abs. 1 S. 3 Hs. 2 idF bis zum Inkrafttreten des PUEG, der in die ursprüngliche Fassung des SGB XI erst im Vermittlungsverfahren zum PflegeVG eingefügt worden ist (BT-Drs. 12/7323, 2). Die parlamentarischen Äußerungen aus der Endphase des Gesetzgebungsverfahrens machen deutlich, dass ein Rechtsanspruch des Versicherten auf Reha begründet werden sollte, um bei drohender Pflegebedürftigkeit oder befürchteter Verschlimmerung ein Abschieben kranker Menschen in die Pflegeversicherung zu verhindern (BT-Protokoll 12/223, 19280 B; BR-Protokoll 668, 131 A). Diese Befürchtung hat ihren Grund in der fortbestehenden Zuständigkeit der Krankenkasse für die Reha auch bei drohender Pflegebedürftigkeit. Dem soll die nun in Abs. 2 S. 2 zum Ausdruck kommende **Bindung des zuständigen Reha-Trägers** (zumeist der Krankenkasse, §§ 11 Abs. 2, 23 Abs. 1 Nr. 3 SGB V) an die Feststellungen des Gutachters entgegenwirken. Es handelt sich nicht um eine verunglückte Formulierung, der keine Rechtswirkung zukommt (wie Schulin NZS 1994, 433 (440) annimmt). Die mit einer solchen Bindung bislang nicht zusammenpassende Regelung in § 31 Abs. 4 aF, die nur eine Hilfe der Pflegekasse bei der Antragstellung gegenüber dem zuständigen Reha-Träger vorsah, wurde durch das PflegeWEG gestrichen. Es ist zwar grundsätzlich nicht Sache des MD bzw. eines anderen Gutachters, Ansprüche der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse zu begründen (Schulin NZS 1994, 433 (440)), dennoch stehen einer Bindung des Reha-Trägers an die **medizinischen Feststellungen** des Gutachters keine übergeordneten Rechtsgrundsätze entgegen; diesem bleibt es allerdings unbenommen, die Gewährung einer Reha-Maßnahme aus anderen Gründen abzulehnen. 16

V. Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegemitteln (Abs. 3)

Abs. 3 enthält die bis zum PUEG geltende Regelung des § 18 Abs. 6a S. 2–7 aF: **17**
Der MD oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter hatte auch vor dem

Inkrafttreten der Änderungen durch das PUEG nach § 18 Abs. 6a aF **Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln** abzugeben. Angesichts der schwierigen Abgrenzung der Leistungspflicht von Kranken- und Pflegekasse bei der Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen (vgl. hierzu → § 40 Rn. 11 ff.) sollte die Regelung der Vereinfachung des Antragsverfahrens zwischen Versicherten und Kassen und der Entbürokratisierung der Verwaltungsverfahren zwischen den Kassen und dem MD dienen (BT-Drs. 18/5926, 90 f. zu Art. 1 Nr. 13 Buchst. b). Für bestimmte Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen (zum Katalog der betroffenen Hilfsmittel BT-Drs. 18/5926, 91), sollen die im Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochenen **Empfehlungen des Gutachters zum Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelbedarf** jetzt als **Leistungsantrag** des Versicherten gelten, wenn der Versicherte oder eine vertretungsberechtigte Person zustimmt. Für diese **Zustimmung** legt § 18a Abs. 8 S. 2 fest, dass sie gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung erfolgt und im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert wird. Die Bestimmung der Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird in Abs. 3 S. 4 den Begutachtungs-Richtlinien überantwortet. Nach S. 5 ist hierbei die einschlägige Richtlinie des GBA über die Verordnung von Hilfsmitteln nach § 92 Abs. 1 SGB V zu berücksichtigen.

- 18 Für Hilfsmittel, die von der Krankenkasse zu leisten sind, kommt bezüglich der Stellung des Antrags § 16 Abs. 2 SGB I zur Anwendung. Mit der gutachterlichen Empfehlung des MD werden die **Erforderlichkeit des Hilfsmittels** nach § 33 Abs. 1 SGB V und die **Notwendigkeit der Versorgung** mit einem Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 S. 2 **vermutet** (S. 2 Hs. 1 und S. 3). Damit ist die fachliche Prüfung grundsätzlich abgeschlossen, es sei denn, die Kranken- oder Pflegekasse stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest (BT-Drs. 18/5926, 91). Außerdem hat die zuständige Kasse die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie spezielle leistungs- und versicherungsrechtliche Voraussetzungen zu prüfen. Die gutachterlichen Empfehlungen ersetzen jedoch die ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung nach § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V sowie die ärztliche Verordnung nach § 33 Abs. 5a S. 2 SGB V, die die Krankenkassen für die Kostenübernahme verlangen können, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.

VI. Übermittlung des Gutachtens (Abs. 4)

- 19 Die **Gutachtenübermittlung** bemisst sich nach Abs. 4. Hiernach muss das vollständige Gutachten vom MD oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder Gutachter **unverzüglich** der Pflegekasse in gesicherter **elektronischer Form** übermittelt werden. Hiermit werden **zwingend** der Zeitpunkt („unverzüglich“ = ohne schuldhaftes Verzögerung) und die elektronische Form vorgeschrieben. Da derzeit noch nicht alle Pflegekassen und MD bzw. unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter über die für eine elektronische Weitergabe erforderlichen technischen Voraussetzungen verfügen (vgl. BT-Drs. 20/6544, 59), ist eine Übermittlung des Gutachtens ausschließlich in gesicherter elektronischer Form verpflichtend erst ab dem 1.12.2023 vorgesehen und eine abweichende Form der Übermittlung bis dahin noch zulässig.
- 20 Eine Vorläuferregelung der bis zum PUEG geltenden Rechtslage findet sich mit § 18 Abs. 6 S. 1 aF. Wie auch für die Übermittlung der Begutachtungsaufträge an den MD bzw. die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter normiert (vgl. § 18 Abs. 1 S. 2), wird nun allerdings auch von diesen zur Unterstützung der Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungsfristen eine Übermittlung der Gutachten an die Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form gefordert. Mit der Gesetzesbegründung macht der Gesetzgeber darauf aufmerksam, dass es sich hierbei „um sen-

sible Gesundheitsdaten der antragstellenden Personen handelt“ und deswegen der MD bzw. die unabhängigen Gutachterinnen oder Gutachter bei der Übermittlung den erforderlichen hohen **Datenschutz und die Datensicherheit** zu gewährleisten haben (vgl. BT-Drs. 20/6544, 59). Konkreten Eingang in den Gesetzeswortlaut hat diese Vorgabe (anders als zB bei §§ 7a Abs. 2 S. 3 und 5, 78a Abs. 4 S. 3 Nr. 2, 108 Abs. 1 S. 2) indes nicht gefunden; der Gesetzgeber sieht sie aber offenbar schon mit dem Zusatz „gesichert“ gewährleistet. Dass die Telematikinfrastruktur (TI) zu nutzen ist, wenn im Einzelfall sowohl die Pflegekasse als auch der MD an sie angeschlossen sind (vgl. BT-Drs. 20/6544, 55), folgt hingegen direkt aus § 106c.

§ 18c Entscheidung über den Antrag, Fristen

(1) ¹Ihre Entscheidung über einen Antrag nach § 33 Absatz 1 Satz 1 hat die zuständige Pflegekasse dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags schriftlich mitzuteilen. ²In den Fällen einer verkürzten Begutachtungsfrist nach § 18a Absatz 5 und 6 hat die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse dem Antragsteller gegenüber unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter bei der Pflegekasse zu erfolgen.

(2) ¹Zusammen mit dem Bescheid wird dem Antragsteller das Gutachten übersandt, sofern er der Übersendung des Gutachtens nicht widerspricht. ²Mit dem Bescheid ist zugleich das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. ³Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. ⁴Die Pflegekasse hat den Antragsteller ebenfalls auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens im Sinne des § 18a Absatz 8 Satz 1 hinzuweisen. ⁵Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. ⁶Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden.

(3) ¹Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die in dem Gutachten empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel und weist ihn zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin. ²Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 informiert die Pflegekasse den Antragsteller über die Bedeutung der empfohlenen Heilmittel und klärt ihn über die Regelung nach § 32 Absatz 1a des Fünften Buches auf. ³Die Pflegekasse leitet eine Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu, wenn der Antragsteller in die Weiterleitung einwilligt.

(4) ¹Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter zu und nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur Prävention oder zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. ²Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen

Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt. ³Mit Einwilligung des Antragstellers leitet die Pflegekasse die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und die Informationen nach Satz 2 auch seinen Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu. ⁴Sobald der Pflegekasse die Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt, leitet sie diese Information unverzüglich dem Medizinischen Dienst sowie mit Einwilligung des Antragstellers auch an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie an Angehörige des Antragstellers, Personen seines Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, schriftlich oder elektronisch weiter.

(5) ¹Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. ²Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. ³Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. ⁴Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. ⁵Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. ⁶Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. ⁷Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.

(6) ¹Wird der Antragsteller von der Pflegekasse aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen im Sinne des § 18 Absatz 1 Satz 4 einzureichen, so sind die Fristen nach den Absätzen 1 und 5 Satz 1 so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei der Pflegekasse eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. ²Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem dem Antragsteller die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	3
III. Frist und Form (Abs. 1)	6
IV. Übermittlung und Erläuterung (Abs. 2)	11
V. Übermittlungs- und Hinweispflicht (Abs. 3)	15
VI. Informationspflichten der Pflegekassen (Abs. 4)	18
VII. Überschreiten der Bearbeitungsfrist (Abs. 5)	23
VIII. Unterbrechung/Hemmung der Frist (Abs. 6)	33

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.2016 durch Art. 1 Nr. 15 PSG II vom 21.12.2015 1 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) eingeführt worden; vgl. Begr. des RegE, BT-Drs. 18/5926, 92. Mit Art. 10 Nr. 8 MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 359/19, BT-Drs. 19/13397, BT-Drs. 19/14871 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde Abs. 1 S. 2 geändert.

Mit Art. 1 Nr. 10 **PUEG** vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurde das **Verfahren 2 der Begutachtung grundlegend mWz 1.10.2023 neu geregelt** und ua § 18c neu gefasst. Entsprechend des amtlichen Titels regelt die Vorschrift nun nicht mehr die „Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“, sondern „Entscheidung über den Antrag, Fristen“. Zu den Gesetzesmaterialien vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzesentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier va BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BR zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BR). Diese Neuregelungen der §§ 18 ff. gelten erst ab 1.10.2023, um den Pflegekassen und dem MD ausreichend zeitlichen Vorlauf für die erforderlichen Anpassungen von internen Materialien und Verfahren an die neue Strukturierung und die Konkretisierung von Fristen sowie für die Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien einzuräumen (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54).

II. Normzweck

Die mit Art. 1 Nr. 15 PSG II eingefügte Vorschrift enthielt Regelungen, die die 3 Zusammenarbeit aller am Prozess der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstruments beteiligten Akteure (Pflegekassen, Leistungserbringer, Pflegekräfte) auf der Verbandsebene sowie in der Praxis in allen Phasen begleiten und strukturieren sollten.

Mit dem **PUEG** wurden **die bis dahin geltenden §§ 18–18c durch die neuen 4 §§ 18–18e grundlegend umstrukturiert**. Die Regelungen zum Verfahren der Begutachtung sollten systematisch aufbereitet werden und für die Hauptnutzergруппen, dh die Versicherten und ihre An- und Zugehörigen, die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste klarer geordnet und besser verständlich sein (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54). Die Inhalte der bislang geltenden §§ 18 und 18a wurden in fünf neue Vorschriften gegliedert: § 18 hat die grundlegenden Steuerungsaufgaben der Pflegekassen zum Gegenstand, § 18a regelt die Durchführung der Begutachtung beim Antragsteller, § 18b führt die Regelungen zu den Inhalten des Gutachtens zusammen, § 18c bestimmt die Verfahren und Fristen bei der Bescheiderteilung, § 18d nennt die Berichtspflichten von Pflegekassen und Bund der Pflegekassen. Zudem enthält der neue § 18e Grundlagen zur wissenschaftlichen Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Pflegebegutachtungsverfahrens.

„**Verfahren und Fristen bei der Bescheiderteilung**“ (so BT-Drs. 20/6544, 54) werden in § 18c in sechs Absätzen näher geregelt. Abs. 1 gibt die Frist für die Mitteilung der Pflegekasse ggü. dem Antragsteller vor. Mit Abs. 2 sind die Übersen-

dung, des Gutachtens und die verständliche Erläuterung durch Bescheid geregelt. Die Übermittlung der Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln ist in Abs. 3 normiert, während nähere Vorgaben zu der gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung mit Abs. 4 erfolgen. Abs. 5 enthält Bestimmungen zur verspäteten Entscheidung der Pflegekasse. Abs. 6 sieht eine Fristenunterbrechung vor, wenn die Einholung von Unterlagen des Antragstellers erforderlich ist.

III. Frist und Form (Abs. 1)

- 6 **Grundsätzliche Bearbeitungsfrist:** Nach Abs. 1 **S. 1** hat die zuständige Pflegekasse ihre Entscheidung über einen Antrag nach § 33 Abs. 1 S. 1 dem Antragsteller **spätestens 25 Arbeitstage** nach Eingang des Antrags schriftlich mitzuteilen. Das entspricht der Rechtslage auch schon vor dem PUEG (vgl. § 18 Abs. 3 S. 1 aF). Mit dieser Regelung soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen darauf angewiesen sind, möglichst schnell Klarheit darüber zu gewinnen, ob ihnen die beantragten Leistungen gewährt werden, weil sie die Durchführung der Pflege zeitnah organisieren und planen können müssen. Die hier vorgegebene **Frist und Form** („schriftlich“) sind zwingend („hat“; davor idF des PNG „ist“; zuvor „soll“). Mit dem PUEG erfolgte aus Klarstellungsgründen eine Bezugnahme auf § 33 Abs. 1 S. 1 (BT-Drs. 20/6544, 59). Mit der Gesetzesbegründung wird deutlich, dass sowohl (formlose) **Erstanträge** als auch (formlose) **Anträge auf Höherstufung** erfasst sind. Denn auch in Fallkonstellationen, in denen Höherstufungsanträge gestellt werden, müssen pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können (beispielsweise im Hinblick auf die Einschaltung von Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen).
- 7 **Besondere Eilbedürftigkeit:** Mit Abs. 1 **S. 2** wird bestimmt, dass in den Fällen einer verkürzten Begutachtungsfrist nach § 18a Abs. 5 (**bei stationärer Unterbringung bzw. palliativer Versorgung**) und Abs. 6 (**häusliche Unterbringung und Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG**) die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse dem Antragsteller gegenüber **unverzüglich nach Eingang der Empfehlung** des MD oder der beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter bei der Pflegekasse zu erfolgen hat. Das entspricht der Rechtslage auch schon vor dem PUEG (vgl. § 18 Abs. 3 S. 7 aF). Auch hier sind die vorgegebene **Frist und Form** („schriftlich“) zwingend („hat“). Die schriftliche Entscheidung (über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit dem Grunde nach und die vorläufige Höhe des festgestellten Pflegegrades) ist unverzüglich, also „ohne schuldhaftes Zögern“, mitzuteilen.
- 8 Für die **Fristenberechnung** maßgeblich ist nach dem Willen des Gesetzgebers nicht die Bekanntgabe bzw. der Zugang beim Antragsteller. Maßgebend soll entsprechend der Gesetzesbegründung vielmehr das Postausgangs- bzw. Absendungsdatum sein (BT-Drs. 20/6544, 59). Aus Nachweisgründen empfiehlt sich daher auch eine verwaltungsseitige Dokumentation dieses Zeitpunktes.
- 9 Mit der Bearbeitungsfrist nach Abs. 1 fällt die Bearbeitungsdauer durch den MD oder die beauftragten Gutachter im Ergebnis in den **Verantwortungsbereich der Pflegekasse**. Insoweit auch die Gesetzesbegründung (BT-Drs. 20/6544, 59 f.):

„Zu betonen ist, dass sich die 25-Arbeitstagefrist und die verkürzten Begutachtungsfristen gegenseitig nicht ausschließen, sondern parallel anzuwenden sind mit der Folge, dass auch in Fällen mit einer verkürzt geltenden Begutachtungsfrist bei Verstreichen der 25-tägigen Bearbeitungsfrist im Hinblick auf die Feststellung des endgültigen Pflegegrades eine pauschale Zusatzzahlung nach Absatz 5 Satz 1 Alternative 1 anfallen kann.“

Zur **Unterbrechung der Bearbeitungsfristen** des Abs. 1 vgl. Abs. 6 10
(→ Rn. 33 f.).

IV. Übermittlung und Erläuterung (Abs. 2)

Abs. 2 S. 1 bestimmt, dass dem Antragsteller das Gutachten zusammen mit dem 11
Bescheid übersandt wird, sofern er der Übersendung des Gutachtens nicht widerspricht. Das entspricht der Rechtslage auch schon vor dem PUEG (vgl. § 18 Abs. 3 S. 9 aF); der **Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens** wurde bereits mit dem PNG kodifiziert. Ein Einsichtsrecht hatte der Antragsteller allerdings auch bereits nach § 25 SGB X. Danach muss jeder Sozialleistungsträger den Beteiligten Einsicht in die das Verfahren betreffenden Akten gewähren, soweit deren Kenntnis zur Geltendmachung oder Verteidigung ihrer rechtlichen Interessen erforderlich ist. Der Gesetzgeber will durch die ausdrückliche Regelung im SGB XI ein höheres Maß an Transparenz und Nachvollziehbarkeit erreichen (BT-Drs. 17/9369, 37).

Mit Abs. 2 S. 2 wird vorgegeben, **dass mit dem Bescheid zugleich das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern ist.** 12
Das entspricht dem bisherigen § 18 Abs. 3 S. 10 aF. Der Gesetzgeber konstatiert hierzu unter Verweis auf wissenschaftliche Evaluation (vgl. Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Absatz 2) – Los 2: Allgemeine Befragungen, S. 129), dass diese Vorgaben jedoch nicht immer eingehalten werden (BT-Drs. 20/6544, 60). Nach S. 3 konkretisiert der MD Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Das entspricht dem bisherigen § 18 Abs. 3 S. 11 aF. Entsprechende Ausführungen finden sich auf der S. 21 der Begutachtungs-Richtlinien iF vom 17.5.2021. Konkretere Vorstellungen, was der Gesetzgeber unter Transparenz und Erläuterung versteht, äußert er mit der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 20/6544, 60):

„Eine standardisierte Information dergestalt, dass dem Antragsteller neben dem Gutachten allein eine Anlage mit einer Tabelle, die die Berechnungs- und Bewertungsregeln zur Ermittlung des Pflegegrades – lediglich ergänzt um die bewerteten Punkte im konkreten Fall – beigelegt wird, genügt diesen Anforderungen nicht. Erforderlich ist die Übermittlung einer standardisierten laienverständlichen Erläuterung durch die Pflegekasse, die zugleich auf den individuellen Einzelfall, insbesondere im Hinblick auf die weitere Vorgehensweise, angepasst ist. Dies beinhaltet zugleich, dass bei Bedarf das Ergebnis des Gutachtens barrierefrei darzustellen ist.“

S. 4 stellt auf die bisherige Regelung des § 18 Abs. 3 S. 8 aF ab, mit welcher der 13
Hinweis auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a SGB XI, das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. SGB V und für die Pflegeplanung bereits im Rahmen der Begutachtung erfolgen soll. Hierzu die Gesetzesbegründung mit weiteren Ausführungen: (BT-Drs. 20/6544, 60):

„Da der Hinweis in der Praxis nicht regelhaft bzw. hinreichend umfassend gegeben wird, hat die Pflegekasse mit ihrem Schreiben, in dem das Nicht- bzw. Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und der Pflegegrad mitgeteilt wird, darüber ebenfalls zu informieren. Die dahingehende Verpflichtung für die Gutachterinnen und Gutachter wird im neuen § 18a Absatz 8 Satz 1 beibehalten. Insoweit bestehender Schulungsbedarf sollte ermittelt und entsprechende Schulungen durchgeführt werden.“

- 14 Mit Abs. 2 S. 5 und 6 wird die bisherige Rechtslage nach § 18 Abs. 3 S. 12 und 13 aF beibehalten: Der Antragsteller kann die **Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt** verlangen (S. 5). Schließlich hat die Pflegekasse nach S. 6 den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des MD vertraulich an die **Ombudsperson** nach § 278 Abs. 3 SGB V zu wenden (so schon § 18 Abs. 3 S. 13 idF des Art. 10 Nr. 5 MDK-Reformgesetz).

V. Übermittlungs- und Hinweispflicht (Abs. 3)

- 15 Abs. 3 S. 1 bestimmt, dass die Pflegekasse dem Antragsteller unverzüglich die **Entscheidung über die in dem Gutachten empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel** übermittelt und weist ihn zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin. Die **Übermittlungspflicht** entspricht dem § 18 Abs. 6a S. 8 aF. Eine bestimmte Form ist nicht vorgegeben; unverzüglich meint, „ohne schuldhaftes Zögern“. Die **Hinweispflicht** wurde mit dem PUEG neu aufgenommen.
- 16 Der Gesetzgeber geht davon aus, dass „die Empfehlungen häufig nicht umgesetzt“ werden (vgl. BT-Drs. 20/6544, 60). Da eine Behandlung mit Heilmitteln durch die Krankenkasse einer ärztlichen Verordnung bedarf und auf Seiten der Pflegebedürftigen hinsichtlich abgegebener Heilmittlempfehlungen oftmals Verständnisschwierigkeiten bzw. Unsicherheiten bestehen, wird die Pflegekasse in Abs. 3 S. 2 dazu verpflichtet, den Antragsteller **über im Gutachten empfohlene Heilmittel und die Möglichkeit der ärztlichen Verordnung** zu informieren. Damit soll eine Unterstützung beim Ausstellen von medizinisch notwendigen Heilmittelverordnungen einhergehen (BT-Drs. 20/6544, 60). Diese **Informationspflicht** muss die Pflegekasse spätestens mit der Entscheidung über den Pflegeantrag (Abs. 1 S. 1) erfüllen. Da Pflegebedürftige zum Personenkreis gehören können, die von den Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V erreicht werden, wird die Pflegekasse zudem verpflichtet, den Antragsteller über die **Besonderheiten des langfristigen Heilmittelbedarfs** nach § 32 Abs. 1a SGB V iVm § 8 Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. § 7 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuklären (BT-Drs. 20/6544, 60).
- 17 Mit S. 3 wird die Pflegekasse zudem verpflichtet (die Gesetzesbegründung spricht lediglich von „dazu angehalten“ – vgl. BT-Drs. 20/6544, 59), eine **Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel** der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zuzuleiten. Voraussetzung dieser **Weiterleitung** ist eine entsprechende **Einwilligung** des Antragstellers. Nach § 18a Abs. 8 S. 3 gilt, dass die Einwilligung gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung erfolgt und im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert wird. Ziel der Weiterleitung ist, die Prüfung sowie Ausstellung einer Heilmittelverordnung durch die Ärztin bzw. den Arzt zu befördern.

VI. Informationspflichten der Pflegekassen (Abs. 4)

- 18 Die Vorschrift soll dazu beitragen, Pflegebedürftige in die Lage zu versetzen, ihre Ansprüche auf Leistungen der medizinischen Reha und der Prävention besser wahrnehmen zu können. Insoweit werden Informationspflichten der Pflegekasse zum Reha-Bedarf des Antragstellers normiert. Bei der Regelung handelt es sich um den bisherigen § 18a Abs. 1 S. 1–4 aF und ist so auf das PNG zurückzuführen. Sie steht in engem Zusammenhang mit den leistungsrechtlichen Regelungen der §§ 31, 32, durch die die Pflegekassen schon verpflichtet werden, den Vorrang von Reha vor Pflege umzusetzen. Spätestens wenn der Antragsteller die Entscheidung der

Pflegekasse über seinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung erhält, muss ihm die Pflegekasse auch die gesonderte Präventions- und Reha-Empfehlung des MD bzw. eines anderen beauftragten Gutachters zuleiten und diese in einer für den Antragsteller verständlichen Form erläutern (**S. 1:** „nimmt umfassend und begründet dazu Stellung“).

Abs. 4 **S. 2** verpflichtet die Pflegekasse zusätzlich, den Antragsteller darüber zu informieren, dass durch die Weiterleitung der Mitteilung über den Reha-Bedarf an den zuständigen Reha-Träger (Rechtsgrundlage: § 31 Abs. 3) bei diesem ein Antragsverfahren auf Gewährung von Reha-Leistungen nach § 14 SGB IX ausgelöst wird. Hierzu bedarf es jedoch der Einwilligung des Betroffenen. Nach § 14 Abs. 2 S. 2 SGB IX entscheidet der Reha-Träger innerhalb von drei Wochen über den Reha-Bedarf, sofern eine weitere Begutachtung nicht erforderlich ist. § 31 Abs. 3 S. 5 verpflichtet die Pflegekasse, in einem angemessenen zeitlichen Abstand zu prüfen, ob der zuständige Reha-Träger entsprechende Maßnahmen durchgeführt hat; ggf. hat sie danach selbst vorläufige Reha-Leistungen zu erbringen.

Bereits durch Art. 3 Nr. 3 GKV-IPReG wurde in § 18a Abs. 1 aF durch die neu angefügten S. 3–6 ermöglicht, dass bei Vorliegen einer Rehabilitationsempfehlung bzw. der Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Abs. 3 S. 4 nicht nur der Versicherte, sondern weitere Personen und Institutionen über die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes informiert werden. Hintergrund hierfür ist, dass Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen häufig bei der Antragstellung und bei der Entscheidung für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme von Personen oder Institutionen ihres Vertrauens (zB An- und Zugehörige, Hausärztin oder Hausarzt oder stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, BT- Drs. 19/19368, 41) unterstützt werden. (Nur) mit Einwilligung des Versicherten erhalten diese Personen Kenntnis, ob eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen wurde. Diese **schriftliche oder elektronische Informationspflicht gegenüber Dritten** sieht seit dem PUEG nunmehr § 18 Abs. 4 **S. 3 und 4** auch gegenüber Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt vor. Erforderlich ist aber für **die Weiterleitung der Präventions- und Rehabilitationsempfehlung** bzw. **der Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers** jeweils die **Einwilligung** des Antragstellers, die schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren ist (vgl. § 18a Abs. 8 S. 4 Hs. 2).

§ 18a Abs. 8 S. 4 Hs. 2 enthält **Informationspflichten**: So ist bestimmt, dass der Antragsteller bei der Begutachtung über die Möglichkeiten nach Abs. 4 S. 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung zu informieren ist.

Die Informationspflichten gem. Abs. 4 sollen nach der Vorstellung des Gesetzgebers die Pflegeberatung durch die Pflegekasse nach § 7a ergänzen. Die Begründung des Gesetzentwurfs zum PNG (BT-Drs. 17/9369, 38 zu § 18a Abs. 1 aF) geht davon aus, dass „das Verfahren“ auch bei **Begutachtungen von Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung anzuwenden** sei. Hierfür fehlt es jedoch an einer Rechtsgrundlage, wie sie vergleichbar bereits in § 18 Abs. 3b aF (jetzt § 18c Abs. 5 S. 3) für die Sanktion bei verzögerter Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit eingefügt worden ist (vgl. zu einer Verpflichtung privater Versicherer auch § 18d Abs. 4, → § 18d Rn. 12).

VII. Überschreiten der Bearbeitungsfrist (Abs. 5)

Abs. 5 enthält zum Zwecke der Beschleunigung des Verfahrens eine **Sanktion zulasten der Pflegekasse**. Wird der Antrag nicht innerhalb von 25

Arbeitstagen schriftlich beschieden oder wird eine der in § 18a Abs. 5 und 6 aufgeführten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 EUR an den Antragsteller zu zahlen (**S. 1**). Der Gesetzgeber hielt eine derartige Regelung vor allem deshalb für erforderlich, weil gerichtlicher Rechtsschutz gegen Verzögerungen im Verwaltungsverfahren in Form der Untätigkeitsklage (§ 88 SGG) erst nach Ablauf von sechs Monaten nach Antragstellung erreicht werden kann. Die Zahlung hat „unverzüglich“ zu erfolgen, dh nicht erst nach Beendigung des Verwaltungsverfahrens. Erteilt ist der **Bescheid** in dem Zeitpunkt, in dem er wirksam wird; wirksam wird er mit der Bekanntgabe gegenüber dem Antragsteller (§ 39 Abs. 1 SGB X); wobei allerdings wegen der besonderen Erwähnung in Abs. 5 S. 1 auf die Bekanntgabe durch schriftlichen Bescheid abzustellen ist, die nach § 39 Abs. 1 SGB X an sich nicht erforderlich ist (LSG BW 11.12.2020 – L 4 P 48/20 = BeckRS 2020, 37326: Für die Einhaltung der gesetzlichen Frist und das Ende des zu entschädigenden Zeitraums ist nicht die Absendung des Bescheides, sondern dessen Zugang beim Adressaten maßgeblich.). Nach Auffassung des SG Dortmund (24.10.2022 – S 12 P 97/22, BeckRS 2022, 51629 Rn. 18) ist für die Fristwahrung eine Entscheidung mittels vorläufigen Bescheides ausreichend.

- 24 **Ausnahme: keine Sanktion (S. 2):** Die Zahlungspflicht entsteht nicht, wenn die Pflegekasse die **Verzögerung nicht zu vertreten** hat. Verzögerungen hat die Pflegekasse aber nicht nur dann zu vertreten, wenn sie auf die Bearbeitungsdauer innerhalb der Pflegekasse selbst zurückzuführen sind, sondern auch wenn das Begutachtungsverfahren zu lange gedauert hat. Die Pflegekasse hat für die Bearbeitungsdauer sowohl des MD als auch unabhängiger Gutachter einzustehen. Eine zurechenbare Verzögerung kann anzunehmen sein, wenn die Pflegekasse auf einen Leistungsantrag hin nur Formblätter übersendet, im Übrigen aber untätig bleibt (BayLSG 6.11.2018 – L 5 P 11/16, BeckRS 2018, 36359 Rn. 21 f.). Eine Zahlungspflicht entsteht auch dann nicht, wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bei ihm bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. In diesem Fall kann dem Antragsteller nach Auffassung des Gesetzgebers (BT-Drs. 17/9369, 37, zu Buchst. b) durch die Verzögerung kein Nachteil entstehen, weil er unabhängig von der Pflegestufe umfassend versorgt werden muss.
- 25 Die Zahlungspflicht trifft die **privaten Versicherungsunternehmen in gleicher Weise** (Abs. 5 S. 3).
- 26 Bei den S. 1–3 handelt es sich um die bis zum PUEG geltende Regelung des § 18 Abs. 3b S. 1–3 aF, während die S. 4–6 mit dem PUEG aus Klarstellungsgründen neu angefügt wurden: Die Erweiterung des Abs. 5 um **S. 4** hat klarstellenden Charakter dahingehend, dass ein Verzögerungsgrund, der nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist (bspw. ein Aufenthalt der versicherten Person im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung – so BT-Drs. 20/6544, 61), den Fristenlauf hemmt: Der **Fristenlauf** ist so lange **unterbrochen**, bis die Verzögerung beendet ist. Mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter; ein neuer Fristbeginn ist damit nicht verbunden. Eine mehrfache Unterbrechung der Frist ist denkbar. Verzögerungen, die der MD oder andere von der Pflegekasse beauftragte Gutachterinnen und Gutachter zu vertreten haben, sind der Pflegekasse zuzurechnen und führen nicht zur Unterbrechung. Sofern Verzögerungen mit fehlenden Informationen über die Entlassung des Versicherten aus dem Krankenhaus begründet werden, sind – neben den insoweit bestehenden Mitwirkungspflichten des Versicherten – die Vorschrift zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V und darauf basierende untergesetzliche Regelungen, insbesondere der Rahmenvertrag „Entlassmanagement“ zu berücksichtigen (so BT-Drs. 20/6544, 61). Sofern für die Beauftragung des MD erforderliche Angaben bzw. Unterlagen des Versicherten fehlen, hat die Pflegekasse die Pflicht, beim Versicherten unverzüglich auf die Übermittlung

dieser Unterlagen und Informationen hinzuwirken (Hinwirkungspflicht nach § 16 Abs. 3 SGB I). Tut sie dies, führt dies bis zum Eingang der Unterlagen zur **Unterbrechung der Frist** (vgl. Abs. 6).

Unterschied Unterbrechung und Hemmung der Frist: Es zeigt sich 27
eine – rechtlich an sich bedeutsame – Diskrepanz zwischen Gesetzeswortlaut und Gesetzesbegründung. Der Gesetzeswortlaut spricht von Unterbrechung, während die Gesetzesbegründung von Hemmung spricht. Unterbrechung und Hemmung haben unterschiedliche Rechtsfolgen: Die Unterbrechung (§ 217 BGB aF; nunmehr Neubeginn – § 212 BGB) führt dazu, dass die Frist nach Wegfall des unterbrechenden Ereignisses neu beginnt – mithin die Bearbeitungsfrist erneut 25 Arbeitstage beträgt. Hemmung hingegen bedeutet, dass ein gewisser Zeitraum in den Lauf der Frist nicht mit eingerechnet wird (§ 209 BGB), sondern nach Wegfall des hemmenden Ereignisses die Frist da weiterläuft, wo sie zuvor gehemmt wurde. Die gesetzgeberische Wortungenauigkeit kommt vorliegend aber letztlich nicht zum Tragen. Aus der Gesetzesbegründung und auch dem Gesetzestext ergibt sich zweifellos, dass die Rechtsfolgen der Hemmung, also lediglich ein Aussparen des unverschuldeten Zeitablaufs, gemeint ist („mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter“; vgl. hierzu im Übrigen auch die Gesetzesmaterialien, wonach sich der Bundesrat mit seiner Forderung, die Regelung hin zu einer Beendigung der Frist und einem neuen Fristenbeginn nach Wegfall der Verzögerung nicht durchsetzen konnte (BR-Drs. 165/1/23 [Empfehlungen der Ausschüsse], 5 f., und die Gegenäußerung der Bundesregierung [BT-Drs. 20/6869, 41 f.]). Da die entsprechenden Regelungen mit dem PUEG allerdings zur Klarstellung eingefügt wurden (BT-Drs. 20/6544, 61), wäre eine trennschärfere Formulierung erwartbar gewesen.

Mit Abs. 5 **S. 5** wird ferner klargestellt, dass zwischen dem leistungsrechtlichen 28
Anspruchsbeginn nach § 33 Abs. 1 und dem zusatzzahlungsrelevanten Fristbeginn nach Abs. 5 S. 1 nicht unterschieden wird. Es ist jeweils auf den **Eingang des** (gegebenenfalls formlosen) **Antrags** auf Pflegeleistungen bei der zuständigen Pflegekasse abzustellen.

Abs. 5 **S. 6** bestimmt, dass der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen von einer 29
Entscheidung der Pflegekasse nach Abs. 1 S. 2 unberührt bleibt. Dieser, mit dem PUEG neu eingefügte Satz, erfolgte ebenfalls aus Klarstellungsgründen. Der Sinn und Zweck der Regelung zur Sanktionszahlung besteht darin, den sich auf die abschließende Untersuchung des Antragstellers beziehenden Bescheid zügig zu erteilen (vgl. auch BT-Drs. 17/9369, 36). Eine dem Antragsteller mitgeteilte Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit dem Grunde nach (nebst vorläufigem Pflegegrad) nach Abs. 1 S. 2 genügt dem nicht und lässt die Frist nach Abs. 5 S. 1 daher unberührt (BT-Drs. 20/6544, 61).

Nach **S. 7** hat die **Pflegekasse die Pflicht**, den Antragsteller auf die Bescheider- 30
teilungsfrist und die Begutachtungsfristen nach Abs. 1 sowie die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen **hinzuweisen**. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers, könnte eine dahingehende Information bspw. mit dem durch die Pflegekasse vorzunehmenden Beratungsangebot nach § 7b verknüpft werden (BT-Drs. 20/6544, 61).

Abs. 5 gilt sowohl für (formlose) **Erstanträge** als auch für (formlose) **Anträge** 31
auf Höherstufung und unabhängig davon, ob Pflegeleistungen bewilligt oder abgelehnt werden. Denn auch in Fallkonstellationen, in denen Höherstufungsanträge gestellt werden, müssen pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können (bspw. im Hinblick auf die Einschaltung von Pflegeeinrichtungen oder – weiterer – Pflegepersonen; so BT-Drs. 20/6544, 61).

Hinsichtlich der **gerichtlichen Geltendmachung** des Entschädigungsanspruchs 32
ist strittig, ob es eines entsprechenden Vorverfahrens bedarf und somit eine Anfech-

tungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs. 1 S. 1, Abs. 4 SGG statthaft ist (so HessLSG 23.2.2022 – L 6 P 36/21, GuP 2022, 237) oder ob ein Vorverfahren nicht erforderlich ist und der Anspruch mit einer isolierten Leistungsklage (so SG Dortmund 24.10.2022 – S 12 P 97/22, BeckRS 2022, 51629) verfolgt werden kann.

VIII. Unterbrechung/Hemmung der Frist (Abs. 6)

- 33 Für den Fall, dass der Pflegekasse noch Unterlagen iSd § 18 Abs. 1 S. 4 fehlen, die für die Beauftragung des MD oder anderer unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unerlässlich sind („**zwingend erforderliche Unterlagen**“ → § 18 Abs. 1 S. 4), kann die Pflegekasse den Antragsteller zur Beibringung dieser Unterlagen auffordern. Maßgebend für die Entscheidung, ob es sich um notwendige Unterlagen handelt, sind die diesbezüglich nach § 18 Abs. 1 S. 4 zu entwickelnden Kriterien in den Begutachtungs-Richtlinien (BT-Drs. 20/6544, 61). Bis zur Einreichung der Unterlagen (Ein-gang bei der Pflegekasse) werden **Fristen** nach Abs. 1 und Abs. 5 S. 1 **unterbrochen (S. 1)**; die Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfrist ist somit gehemmt (zur Unterscheidung von Unterbrechung und Hemmung → Rn. 27). Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem dem Antragsteller die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht (**S. 2**). Da also auf den Zugang beim Antragsteller abgestellt wird, empfiehlt sich eine Übersendung mit Zustellungsnachweis.
- 34 Die Regelung des Abs. 6 zielt auf einen verbraucherfreundlicheren Verfahrensab-lauf, eine höhere Transparenz und eine bundeseinheitliche Handhabung, insbeson-dere auch des Fristenlaufs, und soll damit zu einer verbesserten pflegerischen Versor-gung der Versicherten beitragen (BT-Drs. 20/6544, 61).

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

(1) ¹Die Pflegekassen berichten dem Spitzenverband Bund der Pflegekas-sen jährlich über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutach-tung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medi-zinischen Dienste oder der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. ²Hierzu wird von den Pflegekassen insbeson-dere Folgendes an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeldet:

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste und der beauf-tragten Gutachterinnen und Gutachter für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
2. die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches,
3. die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungs-entscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger einschließlich der Gründe für eine Ablehnung sowie die Anzahl der Widersprüche,
4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnah-men,
5. die Gründe, aus denen Versicherte nicht in die Weiterleitung einer Mit-teilung über den Rehabilitationsbedarf an den Rehabilitationsträger nach § 31 Absatz 3 Satz 1 einwilligen, soweit diese der Pflegekasse bekannt sind, und inwieweit die zuständige Pflegekasse hier tätig gewor-den ist, und

6. die Maßnahmen, die die Pflegekassen im jeweiligen Einzelfall regelmäßig durchführen, um ihre Aufgaben nach § 18c Absatz 4 und § 31 Absatz 3 zu erfüllen.

³Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. ⁴Näheres über das Verfahren und die Inhalte der Meldung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. ⁵Die Pflegekasse leitet die Meldung zusätzlich der für die Aufsicht über sie zuständigen Stelle zu.

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

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit für die Geschäftsjahre ab 2024 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über Daten, die im Zusammenhang mit den Anträgen auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und dem weiteren Verfahren bei den Pflegekassen stehen, und über die daraus abzuleitenden Erkenntnisse; dabei ist jeweils nach Erst- und Höherstufungsanträgen zu differenzieren. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen. ³Von den Pflegekassen sind insbesondere folgende Daten an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu melden:

1. die Anzahl der bei den zuständigen Pflegekassen eingegangenen Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung sowie jeweils die Fallzahlen, in denen eine Entscheidung nach § 18c Absatz 1 Satz 1 ergangen ist, und die Fallzahlen der abgelehnten Anträge sowie die Anzahl der Arbeitstage ab Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse bis zur schriftlichen Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse nach § 18c Absatz 1 Satz 1,
2. die Anzahl an Fällen, in denen die Fristen nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und nach § 18a Absatz 5 und 6 nicht eingehalten wurden, jeweils unter Angabe der Gründe, die für die Nichteinhaltung der Frist ursächlich waren,
3. die Anzahl an Fällen, in denen eine pauschale Zusatzzahlung nach § 18c Absatz 5 Satz 1 geleistet sowie die Anzahl an Fällen, in denen der antragstellenden Person nach § 18 Absatz 3 Satz 1 mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt wurden,
4. die Anzahl an Fällen, in denen der Antragsteller eine Untersuchung verweigert hat,
5. die Anzahl an Fällen, in denen im Gutachten Empfehlungen für Heilmittel abgegeben wurden, und die Anzahl an Fällen, in denen die Pflegekasse eine Mitteilung über empfohlene Heilmittel an den Arzt oder die Ärztin des Antragstellers weitergeleitet hat, jeweils unterteilt nach Art der Heilmittel,
6. die Anzahl an Fällen, in denen Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und § 18a Absatz 5 und 6 einge-

legt wurde, unter Angabe der Gründe, auf die der Widerspruch jeweils gestützt wurde, sowie die Anzahl an zurückgewiesenen und stattgegebenen Widersprüchen, jeweils unter Angabe der Entscheidungsgründe und der Dauer des Widerspruchsverfahrens (bis zur schriftlichen Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse), und, soweit zum Zeitpunkt der Berichtslegung bekannt, in wie vielen Fällen nach erfolglosem Widerspruchsverfahren Klage erhoben worden ist.

⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die gemeldeten Daten vor der Berichtslegung aufzubereiten und auf Plausibilität zu prüfen. ⁵Für die Berichterstattung über das Geschäftsjahr 2025 beauftragt er eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit einer Evaluation hinsichtlich der Ergebnisse und Wirkungen der Zuleitung von Mitteilungen zu empfohlenen Heilmitteln nach § 18c Absatz 3 Satz 3. ⁶Der Bericht über das Geschäftsjahr 2025 hat sich zum Ergebnis der Evaluation zu verhalten; das Ergebnis der Evaluation ist dem Bericht beizufügen.

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Melde- bzw. Berichtspflicht (Abs. 1)	5
IV. Datenaufbereitung, -prüfung und Bericht (Abs. 2)	7
V. Berichtspflicht (Abs. 3)	8
VI. Veröffentlichungspflicht (Abs. 4)	12

I. Geltende Fassung

1 Mit Art. 1 Nr. 10 **PUEG** v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurde das **Verfahren der Begutachtung grundlegend mWz 1.10.2023 neu geregelt** und u.a. § 18d neu eingefügt. Dem amtlichen Titel entsprechend regelt die Vorschrift „Berichtspflicht und Statistik zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“. Zu den Gesetzesmaterialien vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzesentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier v.a. BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BReg). Diese Neuregelungen der §§ 18 ff. gelten erst seit dem 1.10.2023, um den Pflegekassen und dem MD ausreichend zeitlichen Vorlauf für die erforderlichen Anpassungen von internen Materialien und Verfahren an die neue Strukturierung und die Konkretisierung von Fristen sowie für die Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien einzuräumen (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54).

II. Normzweck

Mit dem PUEG wurden **die bis dahin geltenden §§ 18–18c durch die neuen §§ 18–18e grundlegend umstrukturiert**. Die Regelungen zum Verfahren der Begutachtung sollten systematisch aufbereitet werden und für die Hauptnutzergruppen, dh die Versicherten und ihre An- und Zugehörigen, die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste klarer geordnet und besser verständlich sein (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54). Die Inhalte der bislang geltenden §§ 18 und 18a wurden in fünf neue Vorschriften gegliedert: § 18 hat die grundlegenden Steuerungsaufgaben der Pflegekassen zum Gegenstand, § 18a regelt die Durchführung der Begutachtung beim Antragsteller, § 18b führt die Regelungen zu den Inhalten des Gutachtens zusammen, § 18c bestimmt die Verfahren und Fristen bei der Bescheiderteilung, § 18d nennt die Berichtspflichten von Pflegekassen und Bund der Pflegekassen. Zudem enthält der neue § 18e Grundlagen zur wissenschaftlichen Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Pflegebegutachtungsverfahrens.

Die „**Berichtspflichten von Pflegekassen und Bund der Pflegekassen**“ (so BT-Drs. 20/6544, 54) werden in § 18d in vier Absätzen näher geregelt. Abs. 1 enthält die Berichts- bzw. Meldepflicht der Pflegekassen gegenüber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat diese Daten aufzubereiten und gegenüber dem BMG zu melden (Abs. 2). Abs. 3 normiert eine Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gegenüber dem BMG bzgl. Daten, die im Zusammenhang mit den Anträgen auf Pflegeleistungen nach § 33 Abs. 1 S. 1 und dem weiteren Verfahren bei den Pflegekassen stehen. Abs. 4 verpflichtet die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen zur Veröffentlichung von Statistiken zur Einhaltung der Begutachtungs- und Entscheidungsfristen.

Die für die Pflegekasse und den Spitzenverband Bund der Pflegekasse festgelegten Berichtspflichten sollen auf der Grundlage gesicherter Daten die Durchsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ gezielt fördern. Die in Abs. 1 aufgeführten dezierten Meldepflichten und die in Abs. 2 normierte Pflicht des Spitzenverbandes zur Aufbereitung der Daten dienen offensichtlich dem Ziel, einen Rechtfertigungsdruck vor allem bei den für rehabilitative Maßnahmen in erster Linie zuständigen Krankenkasse auszulösen, weil deren Engagement in diesem Bereich die Erwartungen des Gesetzgebers und des BMG weit verfehlt haben. Die Berichtspflicht nach Abs. 3 dient der Sammlung und Auswertung von Daten und Erkenntnissen, die für die Sicherung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung notwendig und zweckdienlich sind (BT-Drs. 20/6544, 62).

III. Melde- bzw. Berichtspflicht (Abs. 1)

Abs. 1 enthält eine **Melde- bzw. Berichtspflicht der Pflegekassen** an den Spitzenverband Bund der Pflegekasse, der den Bericht nach Maßgabe des Abs. 2 dem BGM zuleitet (bis zum PUEG in § 18a Abs. 2 aF geregelt). Hierdurch soll das Rehabilitationspotential von Pflegebedürftigen und von Personen, denen Pflegebedürftigkeit droht, transparenter gemacht werden (ein erheblicher Teil der MD-Empfehlungen bei der Pflegebegutachtung mündet – mangels Einwilligung der Betroffenen – nicht in Rehabilitationsanträge, vgl. BT-Drs. 19/19368, 42). Die Pflegekassen sind seit der entsprechenden Erweiterung der Berichtspflichten durch das GKV-IPReG verpflichtet, den möglichen Gründen nachzugehen, die einer Einwilligung des Antragstellers entgegenstehen (S. 2 Nr. 5), zudem müssen sie berichten, was sie in diesem Zusammenhang unternommen haben (zB Erinnerung des Versicherten an die Möglichkeit, seine Einwilligung zur Einleitung einer Rehabilitation mitzuteilen, Unterbreitung von Beratungsangeboten, Prüfung der Form der anzubietenden Rehabilitationsmaßnahmen). Darüber hinaus müssen nach S. 2 Nr. 6 die Maßnahmen genannt werden, die

die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihren Aufgaben nach § 18c Abs. 4 und § 31 Abs. 3 nachzukommen (zB regelhafte Nachfrage beim Rehabilitationsträger, ob eine Maßnahme durchgeführt wurde; Verfahren zur Klärung, ob vorläufige Leistung zur Reha nach § 32 erbracht wird; BT-Drs. 19/19368, 42).

- 6 Durch die im PSG II vorgenommene Ergänzung von § 18 Abs. 6 S. 3 aF sind die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Reha auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung zu treffen (mit dem PUEG nunmehr § 18b Abs. 2 S. 1). Hierauf bezieht sich auch die Pflicht der Pflegekasse zur Berichterstattung nach Abs. 1 S. 1.

IV. Datenaufbereitung, -prüfung und Bericht (Abs. 2)

- 7 Die **Verpflichtung des Spitzenverbandes**, die von den Pflegekasse gemeldeten Daten aufzubereiten, auf Plausibilität zu prüfen und hierüber gegenüber dem BMG zu berichten (Abs. 2; bis zum PUEG in § 18a Abs. 2 aF geregelt), dient offensichtlich dem Zweck, die Kontrolle durch das BMG und die Aufsichtsbehörden der Länder, denen die aufbereiteten Daten zuzuleiten sind, zu verbessern.

V. Berichtspflicht (Abs. 3)

- 8 Durch das PUEG neu aufgenommen wurde mit Abs. 3 der **gesetzliche Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen**, dem BMG jährlich (erstmalig zum 30.6.2025) über Zahlen und Erkenntnisse, die im Zusammenhang mit den Anträgen auf Pflegeleistungen und der weiteren Bearbeitung durch die Pflegekasse stehen, zu berichten; dabei ist jeweils nach Erst- und Höherstufungsanträgen zu differenzieren. Die Daten sind aufzubereiten und auf Plausibilität hin zu prüfen. In Abs. 3 S. 3 werden die wesentlichen zu nennenden Daten (nicht abschließend) aufgelistet. Weitere Daten, die „hilfreich im Sinne des Regelungszweck“ sind, werden mit der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 20/6544, 62) beispielhaft aufgelistet:
- die Anzahl an Fällen, in denen die Pflegekasse die Verzögerung oder Nichteinhaltung von Fristen zu vertreten bzw. nicht zu vertreten hat,
 - die Gründe zur Anwendung der verkürzten Fristen,
 - die Anzahl an Fällen, in denen der antragstellenden Person nach § 18 Abs. 3 S. 1 mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt wurden,
 - ggf. unter Angabe der Gründe die Anzahl an Fällen, in denen eine Benennung nach § 18 Abs. 3 S. 1 trotz Vorliegens des Tatbestandes unterblieben ist,
 - die Gründe, weshalb der Antragsteller nicht in die Weiterleitung einer Mitteilung über empfohlene Heilmittel an seine Ärztin oder seinen Arzt eingewilligt hat,
 - die Anzahl an Fällen, die unter den Geltungsbereich der Richtlinie nach § 17 Abs. 1b fallen oder
 - die Anzahl an Fällen, in denen eine Befristung der Bewilligung von Pflegeleistungen empfohlen wurde.
- 9 Insofern wurde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit S. 2 ermächtigt, gegenüber seinen Mitgliedskassen die für die Berichte erforderlichen statistischen Daten festzulegen. Die Gesetzesbegründung stellt klar, dass es sich bei den zu übermittelnden statistischen Informationen um Daten ohne Personenbezug (anonymisierte Daten) handelt (BT-Drs. 20/6544, 5).
- 10 Mit S. 5 ist eine Verpflichtung zur wissenschaftlichen Evaluation über die Ergebnisse und Wirkungen der Zuleitung von Mitteilungen zu Heilmittlempfehlungen nach § 18c Abs. 3 S. 3 normiert.

Die Berichtspflicht dient der Sammlung und Auswertung von Daten und Erkenntnissen, die für die Sicherung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung notwendig und zweckdienlich sind (BT-Drs. 20/6544, 62).

VI. Veröffentlichungspflicht (Abs. 4)

In Abs. 4 wird die bis zur Änderung durch das PUEG geltende Regelung des § 18 Abs. 3b S. 4 aF fortgeführt. Hiernach ergibt sich **für die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen eine Veröffentlichungspflicht**: Jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres haben sie eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach § 18a Abs. 5 und 6 und § 18c Abs. 1 S. 1 zu veröffentlichen.

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

(1) ¹Der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste können Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben durchführen. ²Für die Durchführung ist eine Vereinbarung mit den Pflegekassen erforderlich.

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

(3) ¹Für die Beauftragung und Durchführung der Modellvorhaben, der Studien und der wissenschaftlichen Expertisen kann der Medizinische Dienst Bund aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu 500 000 Euro im Kalenderjahr nutzen. ²Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Medizinische Dienst Bund und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

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

(5) ¹Für jedes Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. ²Personenbezogene Daten dürfen im Rahmen der Modellvorhaben nur verarbeitet werden, wenn die betroffene Person eingewilligt hat.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Möglichkeit der Durchführung (Abs. 1)	5
IV. Abstimmung mit dem BMG (Abs. 2)	7
V. Finanzierung (Abs. 3)	8
VI. Ausnahmen bei Modellvorhaben (Abs. 4)	9
VII. Weitere Vorgaben für Modellvorhaben (Abs. 5)	11
VIII. Vorgaben an Begutachtung (Abs. 6)	12

I. Geltende Fassung

- 1 Mit Art. 1 Nr. 10 **PUEG** v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurde das **Verfahren der Begutachtung grundlegend mWz 1.10.2023 neu geregelt** und u.a. § 18e neu eingefügt. Entsprechend dem amtlichen Titel regelt die Vorschrift die „Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen“. Zu den Gesetzesmaterialien vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzesentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier v.a. BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BReg). Diese Neuregelungen der §§ 18 ff. gelten erst seit dem 1.10.2023, um den Pflegekassen und dem MD ausreichend zeitlichen Vorlauf für die erforderlichen Anpassungen von internen Materialien und Verfahren an die neue Strukturierung und die Konkretisierung von Fristen sowie für die Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien einzuräumen (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54).

II. Normzweck

- 2 Mit dem **PUEG** wurden **die bis dahin geltenden §§ 18–18c durch die neuen §§ 18–18e grundlegend umstrukturiert**. Die Regelungen zum Verfahren der Begutachtung sollten systematisch aufbereitet werden und für die Hauptnutzergruppen, dh die Versicherten und ihre An- und Zugehörigen, die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste klarer geordnet und besser verständlich sein (vgl. BT-Drs. 20/6544, 54). Die Inhalte der bislang geltenden §§ 18 und 18a wurden in fünf neue Vorschriften gegliedert: § 18 hat die grundlegenden Steuerungsaufgaben der Pflegekassen zum Gegenstand, § 18a regelt die Durchführung der Begutachtung beim Antragsteller, § 18b führt die Regelungen zu den Inhalten des Gutachtens zusammen, § 18c bestimmt die Verfahren und Fristen bei der Bescheiderteilung, § 18d nennt die Berichtspflichten von Pflegekassen und Bund der Pflegekassen. Zudem enthält der neue § 18e Grundlagen zur wissenschaftlichen Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Pflegebegutachtungsverfahrens.
- 3 Der MD Bund soll mit § 18e die Möglichkeit erhalten, aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen durchzuführen. Dies dient der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Vor-

haben und Überlegungen zur Weiterentwicklung der Aufgaben, die den MDe nach den §§ 18–18b zugewiesen sind. Dem MD Bund und den MDe wird damit ermöglicht, ihre Tätigkeit und die Erfüllung ihrer Aufgaben weiterzuentwickeln und Ansätze für das Ausloten von Innovationsmöglichkeiten, bspw. in den Bereichen Digitalisierung, Information und Beratung, hier insbesondere auch mit Blick auf notwendige Unterstützung in besonderen Bedarfsituationen der Pflegehaushalte, zu erproben (BT-Drs. 20/6544, 63).

Die „**Grundlagen zur wissenschaftlichen Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Pflegebegutachtungsverfahrens**“ (so BT-Drs. 20/6544, 54) werden in § 18e in sechs Absätzen näher geregelt. Abs. 1 enthält die Berechtigung des MD Bund bzw. der MDe, Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen durchführen. Abs. 2 bestimmt hierzu, dass und welche Kriterien mit dem BMG abzustimmen sind. Die Finanzierung der Vorhaben regelt Abs. 3. Mit Abs. 4 ist für die Modellvorhaben ein Abweichen vom regulären Begutachtungsverfahren ermöglicht. Abs. 5 zwingt zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung des Modellvorhabens und Abs. 6 verpflichtet den MD Bund, zu einem Modellvorhaben eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen, die ein ersatzweiser oder ergänzender Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf das Begutachtungsverfahren und das Begutachtungsergebnis hat, zu beauftragen.

III. Möglichkeit der Durchführung (Abs. 1)

Der MD Bund erhält mit § 18e die Möglichkeit, Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den MDe nach den §§ 18–18b zugewiesenen Aufgaben durchzuführen (S. 1). Für die Durchführung solcher Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlicher Expertisen ist eine Vereinbarung mit den Pflegekassen erforderlich (S. 2). Insoweit ist also eine einverständliche Absprache (zB Vertrag) erforderlich. Denn der Gesetzeswortlaut („Vereinbarung“) geht über das Ansinnen einer schlichten „Beteiligung“ (so BT-Drs. 20/6544, 63) hinaus.

Die Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen sollen der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Vorhaben und Überlegungen zur Weiterentwicklung der Aufgaben, die den MDe nach den §§ 18–18b zugewiesen sind, dienen. MD Bund und die MDe haben so die Möglichkeit, ihre Tätigkeit und die Erfüllung ihrer Aufgaben weiterzuentwickeln und Ansätze für das Ausloten von Innovationsmöglichkeiten, bspw. in den Bereichen Digitalisierung, Information und Beratung, hier insbesondere auch mit Blick auf notwendige Unterstützung in besonderen Bedarfsituationen der Pflegehaushalte, zu erproben (BT-Drs. 20/6544, 63).

IV. Abstimmung mit dem BMG (Abs. 2)

Abs. 2 gibt vor, dass die jeweiligen Vorhaben hinsichtlich Ziel, Dauer, Inhalt und Durchführung im Einvernehmen mit dem BMG abzustimmen sind. Weder der MD Bund noch die MDe können diese Vorhaben willkürlich betreiben.

V. Finanzierung (Abs. 3)

Die Finanzierung der Vorhaben durch Rückgriff auf den Ausgleichsfond der Pflegeversicherung von insgesamt bis zu 500,00 EUR im Kalenderjahr ist in Abs. 3 S. 1 geregelt. Hieraus ergibt sich, dass dies der kalendermäßige Maximalbetrag ist,

der je MD Bund bzw. MD genutzt werden kann – unabhängig von der Anzahl der laufenden bzw. beginnenden Vorhaben. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel ist zwischen dem MD Bund und dem Bundesamt für Soziale Sicherung zu vereinbaren (S. 2).

VI. Ausnahmen bei Modellvorhaben (Abs. 4)

- 9 Mit Abs. 4 wird die Möglichkeit eröffnet, bei der Durchführung der Modellvorhaben im Einzelfall von der Regelung des § 18a und insoweit von den Richtlinien nach § 53d Abs. 3 S. 1 Nr. 1 abzuweichen (S. 1). Allerdings ist dabei zwingend darauf zu achten, dass Pflegebedürftige durch das Abweichen von diesen Vorgaben nicht benachteiligt werden (S. 2).
- 10 Mit den Abs. 1–3 nennt der Gesetzeswortlaut „Modellvorhaben“, „Studien“ und „wissenschaftliche Expertisen“, während in Abs. 4 ausdrücklich nur auf Modellvorhaben Bezug genommen wird. Damit ist eine solche Abweichung nach Abs. 4 S. 1 nicht bei Studien und wissenschaftlichen Expertisen, sondern nur bei Modellvorhaben zulässig. Aber auch bei Modellvorhaben ist sie nicht unbegrenzt zulässig. Vielmehr ist die Möglichkeit der Abweichung in Abs. 4 S. 1 begrenzt, so dass die Einhaltung der sonstigen Vorschriften zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 18 ff. sicherzustellen ist (BT-Drs. 20/6544, 63); eine Abweichung auch insoweit ist nicht gestattet.

VII. Weitere Vorgaben für Modellvorhaben (Abs. 5)

- 11 Für jedes Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen (S. 1). Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können sie nur mit Einwilligung der betroffenen Personen verarbeitet werden (S. 2). Im Vergleich zu den Abs. 1–3, die auf „Modellvorhaben“, „Studien“ und „wissenschaftliche Expertisen“ eingehen, bezieht sich Abs. 5 lediglich auf Modellvorhaben und begrenzt somit seinen Anwendungsbereich (→ Rn. 10).

VIII. Vorgaben an Begutachtung (Abs. 6)

- 12 Grundsätzlich haben der MD oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter die Versicherten nach § 18a Abs. 2 S. 1 in ihrem Wohnbereich zu untersuchen. Jedoch können nach § 18a Abs. 2 S. 5 in Ausnahmefällen anstelle einer persönlichen Begutachtung Aktenlagegutachten oder in Krisensituationen Gutachten auf Grundlage von zur Verfügung stehenden Unterlagen und strukturierten Telefoninterviews erstellt werden. Vergleichbares war mit § 147 Abs. 1 während der SARS-CoV-2-Pandemie möglich.
- 13 Während Abs. 1 die Möglichkeit der Durchführung eines Modellvorhaben eröffnet, enthält Abs. 6 S. 2 die Verpflichtung des MD Bund zur Beauftragung einer wissenschaftlicher Studie im Rahmen eines Modellvorhabens: Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie ist zu untersuchen, ob und inwieweit ein Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Pflegebegutachtung geeignet ist. Zu klären ist insbesondere, ob die grundsätzlich vorzunehmende Untersuchung der versicherten Person in der Häuslichkeit durch telefonische und/oder digitale Kommunikationsmittel, beispielsweise durch den Einsatz von Videotelefonie – in bestimmten Fallkonstellationen und ggf. – unter welchen Voraussetzungen (teilweise) ersetzt oder ergänzt werden kann, ohne dass sich dies einschränkend auf die Begutachtungsinhalte, den Differenzierungsgrad sowie die Pflegegradeinstufung und

die weiteren gegenüber der Pflegekasse abzugebenden Empfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter auswirkt (BT-Drs. 20/6544, 64). Aufgrund der Aktualität der Fragestellung (so BT-Drs. 20/6544, 64) ist der Beginn des Vorhabens und der Zeitpunkt der Vorlage des Ergebnisses in Form des Studienberichts und eines durch den Medizinischen Dienst Bund zu erstellenden Abschlussberichts mit S. 2 konkreter bestimmt. Eine Ausnahme von Abs. 2 ist nicht normiert. Damit sind Ziel, Dauer, Inhalte und Durchführung des Modellvorhabens im Einvernehmen mit dem BMG zu klären. Hinsichtlich der Dauer findet sich mit den in Abs. 6 S. 1 und 2 enthaltenen Fristen schon eine gesetzliche (Maximal-)Vorgabe, die aber freilich unterschritten werden kann.

§ 19 Begriff der Pflegeperson

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Allgemeines	5
IV. Pflegeperson trotz Ausübung einer Erwerbstätigkeit	7
V. Nicht erwerbsmäßige Pflegepersonen	8
1. Fehlende Erwerbsmäßigkeit iSv § 3 S. 2 SGB VI	11
2. Entgelt über den Sätzen des Pflegegeldes (§ 37 Abs. 3)	12
3. Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegeldbezug	13
4. Pflege eines Pflegebedürftigen als Beschäftigungsverhältnis	14
5. Erwerbsmäßige selbstständige Pflege	15
VI. Mindestpflegezeit nach S. 2	16
1. Neuregelung durch das PSG II	16
2. Rechtsentwicklung	17
3. Ermittlung des Zeitbedarfs	19
4. Keine Mindestpflegezeit in der gesetzlichen Unfallversicherung ..	20
VII. Weitergeleitetes Pflegegeld	21

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG vom 26.5.1994 (BGBl. I 1 1014, ber. BGBl. I 2797; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 505/93, BT-Drs. 12/5617, BT-Drs. 12/5920 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/5952 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/6424 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss], BT-Drs. 12/6491 [Unterrichtung Bundesregierung], BR-Drs. 946/93 [Unterrichtung Bundesregierung] und BT-Drs. 12/7323 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss]) eingeführt worden; vgl. Begr. des RegE S. 100f. Im 1. SGB XI-ÄndG vom 14.6.1996 (BGBl. I 830; Gesetzesmaterialien: BT-Drs. 13/3696, BT-Drs. 13/4091 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 13/4688 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss]) wurden die im jetzigen S. 1 ursprünglich hinter

„§ 14“ stehenden Worte „wenigstens 14 Stunden wöchentlich“ gestrichen und der S. 2 angefügt (vgl. hierzu BT-Drs. 13/3696, 4, 24). Durch Art. 1 Nr. 6 PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 170/12, BT-Drs. 17/9369, BT-Drs. 17/10157 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 17/10170 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde S. 2 Hs. 2 geändert. Eine weitere Änderung von S. 2 erfolgte durch Art. 2 Nr. 11 PSG II vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]); zur Begründung s. BT-Drs. 18/5926, 117. Mit Art. 1 Nr. 11 PUEG vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155; Gesetzesmaterialien vgl. BT-Drs. 20/6544 [Gesetzentwurf], BT-Drs. 20/6983 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit] und BT-Drs. 20/6984 [Bericht des Haushaltsausschusses] sowie BR-Drs. 220/23 [Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT] sowie BR-Drs. 220/1/23 [Empfehlung der Ausschüsse]) wurde mWz 1.10.2023 als redaktionelle Änderung in der Überschrift das Wort „Pflegepersonen“ durch das Wort „Pflegeperson“ ersetzt.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift definiert den Begriff der Pflegeperson, auf den andere Vorschriften des SGB XI (§§ 13 Abs. 6, 39 und 44) und des PflegeVG (Art. 3 Nr. 2, 5 Nr. 2, 11–13 und 20 PflegeVG; Art. 7 Nr. 1 und 3 PflegeVG sowie Art. 18 Nr. 6 PflegeVG) Bezug nehmen. Die soziale Sicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, insbesondere von Familienangehörigen oder Nachbarn, ist eines der wesentlichen Ziele des PflegeVG, um die Situation der häuslichen Pflege zu verbessern. Sie ergibt sich zwangsläufig aus dem vom Gesetz verfolgten Vorrang der häuslichen gegenüber der stationären Pflege. Die Übernahme der Kosten für die soziale Sicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen durch die Pflegekasse bzw. die private Pflegeversicherung (§ 44) rechtfertigt zugleich die erheblichen Unterschiede in der Leistungshöhe bei der häuslichen Pflege nach § 36 (Pflegesachleistung) und § 37 (Pflegegeld).
- 3 Die **soziale Sicherung der Pflegepersonen wird in der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung** (vgl. zB zum Versicherungsrecht beim Besorgen von Medikamenten und Nahrungsmitteln LSG BW 14.12.2020 – L 1 U 1664/20, BeckRS 2020, 41654) **und der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung** dadurch sichergestellt, dass die Pflegekasse bzw. das für den Pflegebedürftigen zuständige Unternehmen der privaten Pflegeversicherung die Pflegeperson bei dem zuständigen Träger anmeldet (vgl. § 44 Abs. 3) und die Beitragslast übernimmt. Sowohl die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen als auch die Einbeziehung in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung setzen allerdings voraus, dass der zu Pflegenden mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet ist (§ 44 Abs. 1 S. 1, Abs. 2a und Abs. 2b). Hinsichtlich des Krankenversicherungsschutzes sieht das PflegeVG insgesamt keine Änderung vor; dh durch die nicht erwerbsmäßige Pflege wird **kein** (beitragsfreier) **Krankenversicherungsschutz** begründet. Der Begründung des RegE ist zu entnehmen, dass der Gesetzgeber davon ausgegangen ist, dass pflegende Familienangehörige in den Genuss der beitragsfreien Familienversicherung (§ 10 SGB V) kommen (BT-Drs. 12/5262, 101 zu § 117 E). Dies betrifft jedoch nur solche Angehörigen, die über einen Stammversicherten mit der GKV verbunden sind.
- 4 Eine partielle Änderung hat die Einfügung von § 44a durch das PflegeWEG ergeben: Pflegepersonen, die wegen der Erbringung von Pflegeleistungen nach § 3 PflegeZG vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung iSv § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV wird, erhalten auf Antrag **Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung**. Nach § 3 Abs. 1 PflegeZG sind Beschäftigte von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise

freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Der Anspruch besteht allerdings nicht gegenüber Arbeitgebern mit idR 15 oder weniger Beschäftigten. Bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 PflegeZG besteht ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld (§ 44a Abs. 3 ff.).

III. Allgemeines

Pflegeperson ist nur, wer einen Pflegebedürftigen iSv § 14 in häuslicher Umgebung (vgl. zu diesem Begriff → § 36 Rn. 4 f.) pflegt, ohne hierzu aufgrund eines Arbeitsverhältnisses verpflichtet zu sein. Die Gesetzesmaterialien sprechen teilweise auch von „**ehrenamtlicher**“ **Pflege** mit finanzieller Anerkennung (BT-Drs. 12/5262, 101), wobei auf die Weiterleitung des dem Pflegebedürftigen zustehenden Pflegegeldes an die Pflegeperson abgestellt wird. Zum Begriff „nicht erwerbsmäßig“ → Rn. 8 ff. Die **Zahlung eines Entgelts** steht der Stellung als Pflegeperson zumindest so lange nicht entgegen, wie dieses das dem Umfang der Pflege Tätigkeit entsprechende Pflegegeld (§ 37) nicht übersteigt (§ 3 S. 2 SGB VI); vgl. hierzu im Einzelnen → Rn. 10. Die in der ursprünglichen Fassung des § 19 enthaltene Begrenzung der Definition auf Personen, die „wenigstens 14 Stunden wöchentlich“ pflegen, wurde durch das 1. SGB XI-ÄndG (→ Rn. 1) aufgehoben. Als (nicht erwerbsmäßig tätige = ehrenamtliche) Pflegeperson ist deshalb auch anzusehen, wer weniger als 14 Stunden bzw. seit 1.1.2017 10 Stunden wöchentlich nur im Hinblick auf die soziale Sicherung nach § 44 von Bedeutung ist (s. auch BSG 7.9.2004 – B 2 U 46/03 R, SozR 4–2700 § 2 Nr. 3 = NJW 2005, 1148). Dies hat Auswirkungen zB auf den Anspruch nach § 39 bei einer Verhinderung der Pflegeperson. Der S. 2 stellt klar, dass die Mindestpflegezeit von 14 bzw. seit 1.1.2017 10 Stunden wöchentlich nur im Hinblick auf die soziale Sicherung nach § 44 von Bedeutung ist (s. auch BSG 7.9.2004 – B 2 U 46/03 R, SozR 4–2700 § 2 Nr. 3 = NJW 2005, 1148; bei der Bestimmung des zeitlichen Umfangs der Pflege ist nicht auf die tatsächlichen Gegebenheiten und zB die Konstitution und Lebensumstände der Pflegeperson, sondern auf einen objektiven „abs-trakten“ Maßstab abzustellen – vgl. BSG 21.2.2002 – B 3 P 12/01 R, SozR 3–3300 § 14 Nr. 19, Rn. 12, NZS 2003, 37, BeckRS 9999, 00405; → Rn. 19 ff.). Im Übrigen gilt die Definition der Pflegeperson nicht nur für das Leistungsrecht, sondern für das SGB XI grundsätzlich insgesamt – ggf. jedoch unter Berücksichtigung des Sinns und Zwecks der jeweiligen Regelung, die einer schlichten Übernahme der Definition der Pflegeperson nach § 19 im Einzelfall entgegenstehen oder nicht billig sein lassen können (s. auch LPK-SGB XI/Kuhn-Zuber Rn. 18).

Jugendliche im **freiwilligen sozialen Jahr** und **Zivildienstleistende**, die eine Pflege Tätigkeit ausüben, sind keine Pflegepersonen iSd § 19 (BT-Drs. 12/5262, 101 zu § 17 E).

IV. Pflegeperson trotz Ausübung einer Erwerbstätigkeit

Die Stellung als Pflegeperson wird nicht durch die Ausübung einer Erwerbstätigkeit ausgeschlossen. Für S. 2 ist allein erforderlich, dass der Betroffene im zeitlichen Mindestumfang an der Betreuung des Pflegebedürftigen mitwirkt. Soweit die Begründung zum RegE (→ Rn. 1) zusätzlich die Voraussetzung aufstellt, trotz der Berufstätigkeit müsse eine angemessene Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen sichergestellt sein und dies mit einem Hinweis auf die entsprechende Voraussetzung beim Anspruch auf Pflegegeld (§ 37 Abs. 1) begründet, wird übersehen, dass auch die Hilfeleistungen von § 19 erfasst werden, die von einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson neben einer Pflegesachleistung, etwa in den Abend- und Nachtstunden oder am Wochenende, erbracht werden. Bei Erwerbstätigen führt die zusätzliche

Übernahme einer Pflegetätigkeit jedoch nur dann zur Verbesserung der Alterssicherung, wenn keine **Erwerbstätigkeit von mehr als 30 Stunden** wöchentlich ausgeübt wird (§ 44 Abs. 1 S. 1); die hauptberufliche Ausübung einer Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit schließt eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung auf Kosten der Pflegeversicherung aus (§ 3 Abs. 1 S. 3 SGB VI).

V. Nicht erwerbsmäßige Pflegepersonen

- 8 Eine entsprechende **Legaldefinition** findet sich mit § 3 S. 1 Nr. 1a SGB VI, wobei hier die Kriterien des § 19 zur Definition herangezogen werden: „**nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson**“ ist hiernach, wer „eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig“ pflegt. Der **Begriff der Erwerbsmäßigkeit** bleibt damit aber noch **ohne Definition**.
- 9 Die bei einer Pflegeeinrichtung iSv § 71 oder bei einer Pflegekasse (§ 77 Abs. 2) angestellten Pflegekräfte sowie diejenigen, mit denen die Pflegekasse Verträge zur Betreuung einzelner Pflegebedürftiger nach § 77 Abs. 1 geschlossen hat, sind erwerbsmäßig tätig und fallen von vornherein nicht unter § 19; auch wenn es sich um eine geringfügige Beschäftigung iSv § 8 SGB IV handelt, die Versicherungsfreiheit begründet (§ 5 Abs. 2 SGB VI). Ansonsten ist die Abgrenzung häufig problematisch (vgl. zur Abgrenzung auch BSG 26.6.2014 – B 2 U 9/13 R, SozR 4–2700 § 2 Nr. 29 Rn. 13 ff. = BeckRS 2014, 73596).
- 10 Die **Erwerbsmäßigkeit der Pflegetätigkeit** bzw. ihr Fehlen ist ein unscharfes Abgrenzungskriterium, weil eine allgemein gültige Definition dieses Begriffs fehlt. Sowohl selbstständige Tätigkeiten als auch abhängige Beschäftigungen werden erwerbsmäßig ausgeübt, solange die Absicht der Einkommenserzielung nicht nur eine völlig untergeordnete Bedeutung hat (Abgrenzung zur Liebhaberei). Die Absicht, Einkommen und nicht nur Aufwendersersatz zu erzielen sowie die Höhe des Entgelts sind keine verlässlichen Abgrenzungskriterien. Bei selbstständiger Tätigkeit wird in anderen Bereichen des Sozialrechts, etwa im KSVG (§ 1 Nr. 1 – erwerbsmäßige Ausübung einer künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit), als ausreichend angesehen, dass aus der Tätigkeit ein mehr als unbedeutender Beitrag zur Bestreitung des Lebensunterhalts erzielt werden soll; der Ertrag kann somit durchaus unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze (§ 8 SGB IV) liegen.

1. Fehlende Erwerbsmäßigkeit iSv § 3 S. 2 SGB VI

- 11 Für das Entgelt aus einer Pflegetätigkeit bildet § 3 S. 2 SGB VI eine Sonderregelung. Nach dieser Vorschrift gelten Pflegepersonen dann als nicht erwerbsmäßig tätig, wenn sie von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, welches das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende **Pflegegeld** iSd § 37 **nicht übersteigt**. Das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses ist hiernach unschädlich. Maßgebend ist allein die Höhe des Entgelts.

2. Entgelt über den Sätzen des Pflegegeldes (§ 37 Abs. 3)

- 12 Überschreitet das Entgelt die Höhe des für die jeweilige Pflegestufe maßgebenden Pflegegeldes, so ist regelmäßig Erwerbsmäßigkeit anzunehmen. Das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses (zu den wesentlichen Kriterien vgl. BeckOGK/Zieglmeier SGB IV § 7 Rn. 22 ff.) zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson ist auch dann nicht allein maßgebend (anders wohl die Begr. zum RegE S. 101 zu § 17 E). Zwar kann aus der Existenz eines Beschäftigungsverhältnisses ohne Weiteres auf die Erwerbsmäßigkeit geschlossen werden; umgekehrt schließt

das **Fehlen eines Beschäftigungsverhältnisses** jedoch Erwerbsmäßigkeit nicht aus. Liegt das Entgelt über den Sätzen des Pflegegeldes, so ist das wesentliche Kriterium der Erwerbsmäßigkeit, die Erzielung eines mehr als unbedeutenden Beitrages zur Bestreitung des Lebensunterhaltes regelmäßig gegeben.

3. Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegeldbezug

Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 setzt voraus, dass der Pflegebedürftige die notwendige Pflege durch die selbstbeschaffte Pflegeperson sicherstellen kann. Dies erfordert zwangsläufig **langfristige Vereinbarungen** mit der Pflegeperson **über die Ausgestaltung der** von dieser zu erbringenden **Pflegemaßnahmen**. Die Pflege muss grundsätzlich im Rahmen eines Pflegeplanes durchgeführt werden, der vor allem die Einsatzzeiten der Pflegeperson festlegt. Wird auf dieser Grundlage für eine wöchentlich zumindest 10-stündige Pflege Tätigkeit ein Entgelt in Höhe des Pflegegeldes gezahlt, so wird **regelmäßig ein Beschäftigungsverhältnis** iSv § 7 SGB IV anzunehmen sein. Für das Vorliegen eines Beschäftigungsverhältnisses sind in erster Linie die **objektiven Umstände** maßgebend (BSG 28.10.1960 – 3 RK 13/56, BSGE 13, 130 (132) = SozR Nr. 20 = BeckRS 1960, 30807403 zu § 165 RVO; 17.5.1973 – 12 RK 23/72, BSGE 36, 7 (8) = SozR Nr. 72 = BeckRS 1973, 243 zu § 165 RVO; BSG 29.11.1990 – 2 RU 18/90, SozR 3–2200 § 539 Nr. 6 = BeckRS 2010, 75545). Ob die Pflege in einem Beschäftigungsverhältnis oder ehrenamtlich erfolgt, hängt deshalb nicht nur von der Absprache zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson ab.

4. Pflege eines Pflegebedürftigen als Beschäftigungsverhältnis

Pflege durch Familienangehörige schließt die Annahme eines Beschäftigungsverhältnisses nicht in jedem Fall aus (vgl. hierzu insbesondere BSG 19.2.1987 – 12 RK 45/85, SozR 2200 § 165 Nr. 90 = NJW 1988, 843). Ein Beschäftigungsverhältnis liegt jedoch nicht vor, wenn der Umfang der Pflege Tätigkeit sich noch innerhalb der Grenzen bewegt, die durch **familienrechtliche Pflichten** geprägt wird. § 1353 BGB begründet für die eheliche Lebensgemeinschaft, § 1618a BGB für das Eltern-Kind-Verhältnis gegenseitige **Beistandspflichten**, die uU auch die Pflicht zur Pflege umschließen (BSG 25.10.1989 – 2 RU 4/89, SozR 2200 § 539 Nr. 134 = BeckRS 1990, 46209; zu mögl. Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der pflegenden Kinder und Jugendlichen, die Pflegeverantwortung für einen Elternteil im häuslichen Umfeld übernehmen vgl. Gröhl RP-Reha 2022, Nr. 3, 5–13). Die Annahme eines Beschäftigungsverhältnisses kommt deshalb bei der Pflege von Familienangehörigen nur in Betracht, wenn entweder eine familienrechtliche Beistandspflicht nicht besteht oder die Pflegeanforderungen so hoch sind, dass sie eine berufsmäßige Pflegekraft erfordern (vgl. hierzu BSG 29.11.1990 – 2 RU 18/90, SozR 3–2200 § 539 Nr. 6 = BeckRS 2010, 75545). Entscheidend dürfte häufig auch sein, ob das **gezahlte Entgelt** im Verhältnis zum Umfang der Pflege Tätigkeit als Gegenleistung anzusehen ist oder ob es den vergleichbaren tariflichen Lohn erheblich unterschreitet (vgl. Maschmann SGB 1996, 381); wobei die Beitragsentrichtung der Pflegekasse zur GRV mit zu berücksichtigen ist (§ 44 Abs. 1).

5. Erwerbsmäßige selbstständige Pflege

Die Abgrenzung zwischen selbstständiger erwerbsmäßiger und ehrenamtlicher nicht erwerbsmäßiger Pflege dürfte sich kaum stellen. Bei einem Entgelt in den Grenzen des Pflegegeldes liegt Erwerbsmäßigkeit nicht vor (vgl. → Rn. 10). Bei einem höheren Entgelt ist grundsätzlich Erwerbsmäßigkeit anzunehmen; wegen der Besonderheiten der Pflege Tätigkeit wird aber zumindest dann, wenn eine einzelne Pflegeperson einen Pflegebedürftigen betreut, regelmäßig ein Beschäftigungsverhältnis

nis mit dem Pflegebedürftigen vorliegen (vgl. → Rn. 11). Selbstständig tätige Pflegepersonen unterliegen nach § 2 Nr. 2 SGB VI der (beitragspflichtigen) Versicherungspflicht in der GRV. Zur Abgrenzung zwischen nichtselbstständiger und selbstständiger Tätigkeit vgl. allg. BeckOGK/Ziegelmeier SGB IV § 7 Rn. 74 ff., 127 ff.

VI. Mindestpflegezeit nach S. 2

1. Neuregelung durch das PSG II

- 16 Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab 1.1.2017 hat das PSG II die Regelung zur Mindestpflegezeit in S. 2 grundlegend geändert. Die Erfüllung der Mindestpflegezeit ist erforderlich, damit die Pflegeperson Leistungen der sozialen Sicherung nach § 44 beanspruchen kann. S. 2 verlangt idF des PSG II eine Mindestpflegezeit von 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage der Woche. Der Gesetzgeber will damit ausschließen, dass geringfügige, gelegentliche oder alltägliche Unterstützungsleistungen bereits Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung auslösen (BT-Drs. 18/5926, 117). Der Gesetzentwurf zur Neufassung des § 19 im PSG II sah zudem vor, in einem S. 3 eine widerlegbare Vermutung aufzustellen, dass der erforderliche Umfang der nicht erwerbsmäßigen Pflege für den Pflegegrad 1 weniger als zehn Stunden wöchentlich betrage und ein darüber hinaus gehender Umfang der nicht erwerbsmäßigen Pflege erst ab Pflegegrad 2 einsetze. Diese Regelung ist vom 14. Ausschuss auf Veranlassung des Bundesrates gestrichen worden (BT-Drs. 18/6688, 140). Sie wurde stattdessen in die Regelungen zur Umsetzung der sozialen Sicherung von Pflegepersonen in § 44 aufgenommen: nach § 44 Abs. 1 sind nur für Pflegepersonen, die einen Pflegepersonen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, Rentenversicherungsbeiträge zu entrichten. Auch der Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung setzt erst ab dem Pflegegrad 2 ein (§ 44 Abs. 2a); dasselbe ist bei der Arbeitslosenversicherung der Fall (§ 44 Abs. 2b).

2. Rechtsentwicklung

- 17 Maßgebend war ursprünglich der Zeitbedarf für die **Pflege eines Pflegebedürftigen** (zum Rechtszustand bis Ende 2012: BSG 4.12.2014 – B 5 RE 4/14 R, BeckRS 2015, 67153). Im PNG wurde S. 2 dahingehend geändert, dass die Mindestzeit durch die Pflege „eines oder mehrerer“ pflegebedürftiger Personen erreicht werden kann. Wird die Pflege gemeinsam mit einer **weiteren Pflegeperson** durchgeführt, so kann die zeitliche Voraussetzung von beiden nur dann erfüllt werden, wenn wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit ein Zeitbedarf von wenigstens 28 Stunden besteht (vgl. → § 44 Rn. 9 f.), der sich auf beide Pflegepersonen gleichmäßig verteilt. Die zeitliche Mindestvoraussetzung ist auch dann erfüllt, wenn der Pflegebedürftige Pflegesachleistungen nach § 36 bzw. § 38 oder Tages- bzw. Nachpflege (§ 41) in Anspruch nimmt, diese Sachleistungen den Pflegebedarf jedoch nicht decken und zusätzlich die Hilfe einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson im zeitlichen Mindestumfang erforderlich ist. Die soziale Sicherung als Pflegeperson ist somit nicht an die Inanspruchnahme von Pflegegeld gebunden.
- 18 Unter Geltung des bis Ende 2016 maßgebenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs war umstritten, ob die Mindestpflegezeit **nur mit verrichtungsbezogenen Hilfeleistungen** bei den in § 14 Abs. 4 aufgeführten Verrichtungen erfüllt werden kann oder ob auch die für ergänzende Pflege und Betreuung benötigte Zeit mitzurechnen sei. Der ganz überwiegende Teil der Kommentarliteratur hat sich unter Bezugnahme auf die Begründung des RegE (BT-Drs. 12/5262, 101) dafür ausgesprochen, § 19 im Zusammenhang mit der Einweisungsvorschrift in § 4 Abs. 2 S. 1 zu sehen,

wonach die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher und teilstationärer Pflege die familiäre, nachbarschaftliche und sonstige ehrenamtliche Hilfe ergänzen. Auch soweit diese Hilfe Pflegesachleistungen der Pflegeversicherung nicht ersetze, sondern darüber hinausgehe, sei der hierdurch verursachte Zeitaufwand im Rahmen von § 19 zu berücksichtigen (Hauck/Noftz/Wagner Rn. 27; BeckOGK/Gürtner Rn. 8; Schulin PV-HdB/Leitherer § 19 Rn. 36; Maschmann SGB 1995, 325 (326); LPK-SGB XI/Gallon, 3. Aufl. 2009, Rn. 10). Das BSG (5.5.2010 – B 12 R 6/09 R, BSGE 106, 126 Rn. 23 = SozR 4–2600 § 3 Nr. 5 = BeckRS 2010, 70659; BSG 28.9.2011 – B 12 R 9/10 R, SozR 4–2600 § 3 Nr. 6 = NJOZ 2013, 88) ist dieser Auffassung nicht gefolgt, weil die in der Gesetzesbegründung enthaltenen Vorstellungen der Verfasser des Gesetzentwurfs im Text des § 19 keinen Niederschlag gefunden hätten. Maßgebend war für das BSG aber offensichtlich, dass es für die Erfassung ergänzender pflegerischer und betreuender Maßnahmen an eindeutigen und praxistauglichen Kriterien fehlte (so bereits BeckOK SozR/Pfützner § 15 Rn. 4a, 4b).

3. Ermittlung des Zeitbedarfs

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im PSG II zum 1.1.2017 ist die Begrenzung auf verrichtungsbezogene Hilfeleistungen entfallen, weil die Leistungen bei häuslicher Pflege sowohl nach § 36 (Pflegesachleistung) als auch nach § 37 (Pflegegeld) nunmehr die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen. Die Frage, wie der Zeitbedarf für die nunmehr zu berücksichtigenden pflegerischen Maßnahmen zu bemessen ist, lässt sich nach den Gesetzesmaterialien nicht beantworten. Sie wird dort erst gar nicht gestellt. Zugrunde zu legen ist nach wie vor ein an den Gegebenheiten der Laienpflege orientierter objektiver Maßstab (BSG 28.9.2011 – B 12 R 9/10 R, SozR 4–2600 § 3 Nr. 6 = NJOZ 2013, 88); die individuelle Pflegesituation kann nur begrenzt Berücksichtigung finden. Feststellungen zum Zeitbedarf der Pflegepersonen sind von den nach § 18 eingeschalteten Gutachtern zu treffen. Nach Ziff. 4.10.2 der BRi haben die Gutachter zu prüfen, ob der Pflegeaufwand der einzelnen Pflegeperson nachvollziehbar bei wenigstens 10 Stunden wöchentlich liegt. Soweit der Gutachter bei der Einschätzung von den Angaben der Pflegeperson abweicht, hat er dies zu begründen. Um den Zeitaufwand plausibel zu machen, ist Pflegepersonen die Führung eines Pflege-Tagebuchs anzuraten.

4. Keine Mindestpflegezeit in der gesetzlichen Unfallversicherung

Der **Unfallversicherungsschutz von Pflegepersonen** in der gesetzlichen Unfallversicherung hängt nicht von der Erfüllung der Mindestpflegezeit ab. Nach § 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII sind Pflegepersonen iSd § 19 bei der Pflege eines Pflegebedürftigen iSd § 14 kraft Gesetzes in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert; die versicherte Tätigkeit ist nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr wie zuvor auf Hilfeleistungen im Zusammenhang mit den Verrichtungen des § 14 Abs. 4 aF begrenzt, sondern erstreckt sich, wie schon der Wortlaut des § 44 Abs. 2a deutlich macht, auf die gesamte „pflegerische Tätigkeit“. Zu beachten ist jedoch, dass der Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung erst ab dem Pflegegrad 2 einsetzt (§ 44 Abs. 2a). Das BSG (7.9.2004 – B 2 U 46/03 R, SozR 4–2700 § 2 Nr. 3 = NJW 2005, 1148) hatte noch unter Geltung des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs entschieden, dass sich der Verweis auf § 19 in § 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII auf alle Pflegepersonen iSd S. 1 bezieht und nicht durch die Zeitvorgabe in S. 2 eingeschränkt wird. Hieran hat sich durch die Reform des PSG II nichts geändert.

VII. Weitergeleitetes Pflegegeld

- 21 Zur **Berücksichtigung des** aus dem Pflegegeld gezahlten **Entgelts als Einkommen** der Pflegeperson vgl. → § 13 Rn. 25 ff. Zur rentenrechtlichen Situation von nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen vgl. → § 44 Rn. 3 ff. und Petersen DAngVers 1994, 260; Krauthausen/Schmidt DRV 1994, 379 (386 ff.); Langer RdLH 2014, 14. Zum Pfändungsschutz des an die Pflegeperson weitergeleiteten Pflegegeldes vgl. BGH 20.10.2022 – IX ZB 12/22, NZI 2023, 221, BeckRS 2022, 39476; Brzoja jurisPR-InsR 4/2023 Anm. 1).

Drittes Kapitel. Versicherungspflichtiger Personenkreis

Vorbemerkungen zu §§ 20 bis 27

Übersicht

	R.n.
I. Allgemeines	1
II. Versicherungspflicht	2
III. Familienversicherung	3
IV. Anspruch auf Weiterversicherung	4
V. Private Pflegeversicherung	5

I. Allgemeines

In den Vorschriften des Dritten Kapitels (§§ 20–27) wird die **Versicherungspflicht** – sowohl in der sozialen Pflegeversicherung als auch in der privaten Pflegeversicherung – geregelt. Im Gegensatz zu den anderen Zweigen der Sozialversicherung strebt das SGB XI eine nahezu die gesamte Bevölkerung umfassende Versicherungspflicht an. Hierfür sollen die bestehenden Strukturen der öffentlich-rechtlichen und privat-rechtlichen Krankenversicherungseinrichtungen genutzt werden. Entsprechend der tradierten Zuordnung werden die Mitglieder der GKV der sozialen Pflegeversicherung und die privat Krankenversicherten der privaten Pflegeversicherung zugeordnet. Personen, die weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind, werden von der Versicherungspflicht nur dann erfasst, wenn sie staatliche Leistungen beziehen, die zugleich eine Absicherung im Krankheitsfall vorsehen (§§ 21 und 23 Abs. 3). Der Gesetzgeber hat davon abgesehen, die Gesamtbevölkerung lückenlos zu erfassen. Der Aufwand, der erforderlich gewesen wäre, um den verbliebenen Kreis von ca. 320.000 Personen zu ermitteln, der über keinerlei Krankenversicherungsschutz verfügt, wäre zu groß und von bestehenden Organisationen nicht ohne weiteres zu leisten gewesen. Der Einführung einer generellen Volksversicherung für alle Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland standen auch kompetenzrechtliche Erwägungen entgegen. Ein Verzicht auf die in anderen Zweigen der Sozialversicherung bestehenden Befreiungsmöglichkeiten der Bevölkerungsgruppen mit geringerer sozialer Schutzbedürftigkeit zugunsten einer privaten Absicherung hätte den überkommenen Strukturen der Sozialversicherung wohl nicht entsprochen; weshalb die Regelungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Nr. 12 GG fraglich gewesen wäre. Das BVerfG hat diese Bedenken nicht als durchschlagend angesehen und selbst sogar (BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 81/98, BVerfGE 103, 225 = NJW 2001, 1716) die Einbeziehung von Personen ohne Bindung an die GKV in die soziale Pflegeversicherung gefordert. Die Verpflichtung privat Krankenversicherter zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung privater Pflegeversicherungsverträge und die Regelungen über deren nähere inhaltliche Ausgestaltung hat es als durch die Gesetzgebungskompetenz des Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG („privatrechtliches Versicherungswesen“) gedeckt angesehen (BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 2014/95, BVerfGE 103, 197 = NJW 2001, 1709).

II. Versicherungspflicht

Wegen der Indienstnahme der bestehenden Organisationsstrukturen der Krankenversicherung **folgt die Versicherungspflicht** weitgehend dem Grundsatz „Pfle-

geversicherung folgt Krankenversicherung“ (BT-Drs. 12/5262, 102). Hieraus folgt: Die Mitglieder der GKV werden der sozialen Pflegeversicherung zugewiesen und gehören der Pflegekasse an, die bei ihrer Krankenkasse errichtet ist (§ 48 Abs. 1). Auch die freiwilligen Mitglieder der GKV werden der sozialen Pflegeversicherung zugeordnet (§ 20 Abs. 3), können sich dort jedoch auf Antrag befreien lassen, wenn sie ausreichenden Versicherungsschutz bei einem privaten Versicherungsunternehmen nachweisen (§ 22). Von der Versicherungspflicht erfasst werden auch die **privat Krankenversicherten**, soweit sie mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind. Eine private Zusatz-Krankenversicherung, die häufig auch von Mitgliedern der GKV abgeschlossen wird, löst dagegen keine Pflicht zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages aus. Der Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung unterliegen auch Beamte und andere Beihilferechtigte hinsichtlich des von der Beihilfe nicht abgedeckten Leistungsrahmens und Heilfürsorgeberechtigte, soweit sie nicht in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind (vgl. hierzu im Einzelnen → § 23 Rn. 7 f.).

III. Familienversicherung

- 3 Die soziale Pflegeversicherung sieht unter den gleichen Voraussetzungen wie die GKV einen Anspruch auf **beitragsfreie Familienversicherung** vor (§ 25). Vorausgesetzt wird vor allem, dass der Ehegatte und die Kinder kein oder nur ein unwesentliches eigenes Einkommen haben und die Kinder bestimmte Altersgrenzen nicht überschreiten. Anders als in der GKV bleibt die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung auch während der Dauer der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes erhalten. Eine Familienversicherung besteht auch in der privaten Pflegeversicherung. Beitragsfrei mitversichert sind dort allerdings nur die Kinder des Versicherungsnehmers bis zu einer bestimmten Altersgrenze (§ 110 Abs. 1 Nr. 2f). Für den Ehegatten eines Versicherungsnehmers, der mit dem Inkrafttreten des SGB XI versicherungspflichtig geworden ist, gibt es nur eine Prämienvergünstigung, sofern der Ehegatte regelmäßig nicht über ein mehr als geringfügiges eigenes Einkommen verfügt (§ 110 Abs. 1 Nr. 2g).

IV. Anspruch auf Weiterversicherung

- 4 Für Personen, die – vor allem wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) – aus der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden, besteht unter bestimmten Voraussetzungen (§ 26) ein **Anspruch auf Weiterversicherung**. Eine Weiterversicherung kann vor allem im Hinblick auf die für Leistungsansprüche erforderliche Vorversicherungszeit (§ 33) bedeutsam sein. Teilweise wird hier jedoch auch die in der privaten Pflegeversicherung zurückgelegte Zeit angerechnet (§ 33 Abs. 3).

V. Private Pflegeversicherung

- 5 Einzelheiten der **Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegeversicherung** sind in § 110 geregelt.

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

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

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, sie gehören zu dem Personenkreis des § 151 des Vierzehnten Buches [ab 1.1.2025: oder des § 81 Absatz 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes],
7. Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für Behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,
8. Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten), längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,

12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

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

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

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

(4) ¹Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, daß eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. ²Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Aufbau	2
III. Allgemeines	3
1. Erfasster Personenkreis	4
2. Auswirkungen der Versicherungspflicht	5
IV. Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtige Personenkreis	6
1. Gegen Entgelt versicherte Arbeitnehmer (Nr. 1)	7
a) Beginn, Ende und Unterbrechung der Beschäftigung	8
b) Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt	9
c) Ausnahmen von der Versicherungspflicht	10
d) Allgemeine Grundsätze zur Versicherungspflicht	11
e) Besonderheiten bei bestimmten Gruppen von Beschäftigten ..	12
f) Unständig Beschäftigte	13
g) Wehr- und Zivildienst	14
h) Freiwilligendienstleistende	15
2. Empfänger von Leistungen der Arbeitsförderung (Nr. 2)	16
3. Bezieher von Bürgergeld (Nr. 2a)	17
4. Landwirte (Nr. 3)	18

	Rn.
5. Selbstständige Künstler und Publizisten (Nr. 4)	19
6. Personen in Behinderteneinrichtungen (Nr. 5)	20
7. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, der Berufsfindung und Arbeitserprobung (Nr. 6)	22
8. Werkstätten für behinderte Menschen, Blindenwerkstätten (Nr. 7)	23
9. Behinderte Menschen in sonstigen Einrichtungen (Nr. 8)	24
10. Studenten (Nr. 9)	25
11. Praktikanten, Auszubildende des Zweiten Bildungsweges (Nr. 10)	27
12. Rentner (Nr. 11)	28
13. Personen ohne bisherige Absicherung im Krankheitsfall (Nr. 12)	30
14. Bezieher von Vorruhestandsgeld (Abs. 2)	31
15. Nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder gleich gestellter religiöser Gemeinschaften (Abs. 2a)	32
V. Sozialhilfeempfänger	33
VI. Freiwillige Mitglieder der GKV (Abs. 3)	34
VII. Vorrang der Familienversicherung	35
VIII. Schutz der Solidargemeinschaft vor Missbrauch der sozialen Pflege- versicherung (Abs. 4)	36
IX. Übergangsrecht	37

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Ihr 1
entsprach im RegE § 18, vgl. Begr. des RegE S. 102 ff. Aufgrund der Beschlussemp-
fehlung des AuS-Ausschusses wurde die Vorschrift inhaltlich geändert und neu for-
muliert (BT-Drs. 12/5920, 25 ff.). Wesentliches Ziel der Änderung im Gesetzge-
bungsverfahren war eine möglichst weitgehende Anpassung des versicherten
Personenkreises an diejenigen der GKV (vgl. BT-Drs. 12/5952, 36 f.). Die im RegE
vorgesehene Vorschrift über die Behandlung konkurrierender Versicherungspflicht-
tatbestände (dort § 19) erschien danach entbehrlich. Durch Art. 10 Nr. 1 AFRG
vom 24.3.1997 (BGBl. I 594) wurden Abs. 1 S. 2 Nr. 1 und 2 mWv 1.1.1998 und
durch Art. 3 GKV-GesundheitsreformG 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I 2626)
wurde Abs. 1 S. 2 Nr. 10 geändert und Abs. 2a eingefügt. In der Folgezeit sind
nachfolgende Änderungen von Gewicht eingetreten: Durch Art. 10 Nr. 10 SGB IX
wurde in der Formulierung der Nrn. 5–8 die Terminologie des SGB IX umgesetzt;
Abs. 1 S. 2 Nr. 2 wurde um die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes bei
fehlendem Bezug von Alg wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 SGB III)
erweitert; durch Art. 10 Nr. 1 des Dritten Gesetzes für moderne Dienstleistungen
am Arbeitsmarkt (vom 23.12.2003, BGBl. I 2848) wurde in Abs. 1 S. 2 Nr. 2 der
Begriff „Unterhaltsgeld“ gestrichen, weil das Unterhalts- und das Arbeitslosengeld
im SGB III zusammengeführt wurden; durch Art. 11 Nr. 1 und 2 des Vierten Geset-
zes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (vom 24.12.2003, BGBl. I 2954)
wurde in Abs. 1 S. 2 Nr. 2 der Begriff Arbeitslosenhilfe gestrichen und die Nr. 2a
eingefügt; durch Art. 8 Nr. 1 des Gesetzes vom 24.4.2006 (BGBl. I 926) wurde
in Abs. 1 S. 2 Nr. 1 das Winterausfallgeld gestrichen; durch das GKV-WSG (vom
26.3.2007, BGBl. I 378) wurde Abs. 1 S. 2 Nr. 12 angefügt. Abs. 1 S. 2 Nr. 2a wurde
durch Gesetz vom 24.3.2011 an die Neufassung des SGB II angepasst. In Abs. 1
S. 2 Nr. 2 wurden durch Art. 11 des Gesetzes vom 20.12.2011 die in Bezug genom-
menen Vorschriften des SGB III an die Neufassung dieses Gesetz angepasst. Durch
Art. 6 Nr. 1 GKV-FQWG (vom 21.7.2014, BGBl. I 1133) wurde in Abs. 1 S. 2

Nr. 2a die Formulierung „auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist“ eingefügt und gleichzeitig der Vorrang der Familienversicherung gestrichen. Durch Art. 1c des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze (vom 21.12.2015, BGBl. I 2408) wurde Abs. 1 S. 2 Nr. 11 um den Verweis auf § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V ergänzt. Das BTHG (vom 23.12.2016, BGBl. I 3234) führte durch Art. 10 Nr. 4 BTHG zu einer Änderung von § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 mWv 1.1.2018: Durch die Änderung der Angabe „143“ in „226“ erfolgte eine Anpassung an die Änderung des SGB IX. Zudem wurde die Regelung um die Wörter „oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches“ eingefügt. MWv 1.8.2017 wurde § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 durch Art. 1c HHVG (vom 4.4.2017, BGBl. I 778) neu gefasst. Anschließend wurde § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 10 durch Art. 10 Nr. 9 MDK-Reformgesetz (vom 14.12.2019, BGBl. I 2789) mWv 1.1.2020 um die Altersbegrenzung ergänzt. Eine Anpassung der Terminologie nach Einführung des Bürgergeldes in § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2a erfolgte durch Art. 12 Abs. 11 Nr. 1 Bürgergeld-Gesetz (vom 16.12.2022, BGBl. I 2328) mWv 1.1.2023. Erst mWv 1.1.2024 sollte die bereits durch Art. 39 Nr. 2 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) erfolgte terminologische Anpassung in § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 an die Schaffung des SGB XIV in Kraft treten. Diese Regelung wurde aber durch Art. 14 des Gesetzes zur Anpassung des Zwölften und des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze vom 22.12.2023 (BGBl. I Nr. 408) vor Inkrafttreten wieder aufgehoben und § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 durch Art. 8 Nr. 1 des vorgenannten Gesetzes vom 22.12.2023 mWv 1.1.2024 dahingehend geändert, dass nunmehr die zu dem Personenkreis des § 151 SGB XIV gehörenden Personen erfasst sind. MWv 1.1.2025 sollte dann zunächst eine Änderung von § 20 Abs. 1 S. 3 Nr. 6 dahingehend erfolgen, dass dieser als Folge zu dem Inkrafttreten des SEG durch Art. 46 Nr. 2 des Gesetzes über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten und zur Neuordnung des Soldatenversorgungsgesetzes (vom 20.8.2021, BGBl. I 3932) um den Zusatz „oder dem Soldatenentschädigungsgesetz“ ergänzt werden sollte. Auch diesbezüglich erfolgte durch das vorgenannte Gesetz vom 22.12.2023 mWv 1.1.2025 und damit vor Inkrafttreten der Änderung eine erneute Änderung dahingehend, dass nunmehr konkret auf § 81 Abs. 3 SEG abgestellt wird.

II. Normzweck und Aufbau

- 2 § 20 legt den in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Personenkreis durch eine pauschale Bezugnahme auf den Kreis der versicherungspflichtigen Mitglieder der GKV fest. **Verspflichtig wird nur, wer auch – versicherungspflichtiges (Abs. 1 und 2) oder freiwilliges (Abs. 3) – Mitglied der GKV ist.** Die detaillierte Aufzählung der versicherungspflichtigen Personengruppen hat für die Begründung der Versicherungspflicht selbst keine normative Bedeutung und hätte durch eine generelle Verweisung auf die Regelung in § 5 SGB V ersetzt werden können; zu abweichenden Definitionen in Nr. 5 und 10 vgl. allerdings → Rn. 4, 20 und 27. Der Katalog in Abs. 1–3 soll lediglich diejenigen Personengruppen kennzeichnen, die der sozialen Pflegeversicherung zugeordnet werden. Die Zuordnung zu bestimmten Gruppen hat zudem Bedeutung für die Beitragstragung (§§ 58, 59) und bei Nrn. 9 und 10 für den Vorrang der Familienversicherung (vgl. § 25 Abs. 1 S. 1 Nr. 2). Bei Studenten und Rentnern, deren Versicherungspflicht-Voraussetzungen in der GKV infolge der durch GRG und GSG eingeführten Restriktionen in § 5 SGB V höchst differenziert geregelt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V – Studenten; § 5 Abs. 1 Nrn. 11 und 12 SGB V – Rentner), begnügt sich das Gesetz mit einer

globalen Verweisung. § 20 erfasst zwar den weitaus größten Teil der in der sozialen Pflegeversicherung Versicherungspflichtigen, regelt aber die Versicherungspflicht nicht abschließend, sondern wird durch § 21, der zahlenmäßig nur unbedeutende Gruppen erfasst, ergänzt. **Pflegepersonen** iSd § 19 werden von § 20 nicht erfasst und sind als solche weder in der GKV noch in der sozialen Pflegeversicherung verspflichtig; zum Beitragszuschuss bei Pflegezeit vgl. § 44a. Zum Übergangsrecht vgl. → Rn. 37.

III. Allgemeines

Grundvoraussetzung für die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ist die **Mitgliedschaft in der GKV**. Wer einen die Versicherungspflicht begründenden Tatbestand erfüllt, in der GKV jedoch von einem Befreiungsrecht (§ 8 SGB V) Gebrauch gemacht hat und zur PKV gewechselt ist oder einen Tatbestand erfüllt, der Versicherungsfreiheit begründet (§§ 7 und 8 SGB V), ist in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig. Arbeitnehmer, die grundsätzlich unter Nr. 1 fallen, unterliegen deshalb nicht der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze in der GKV übersteigt (§ 6 Abs. 1 SGB V) oder sie nur eine geringfügige Beschäftigung iSv § 8 SGB IV ausüben (§ 7 SGB V), es sei denn, sie sind freiwillig Mitglied der GKV.

1. Erfasster Personenkreis

Zur Auslegung des Kataloges in Abs. 1–3 kann im Einzelnen auf Rspr. und Schrifttum zu § 5 SGB V zurückgegriffen werden. Die Bezeichnung der erfassten Personenkreise ist allerdings nicht in allen Bereichen mit § 5 SGB V identisch. Grund hierfür ist, dass ursprünglich in § 18 RegE (→ Rn. 1) eine eigenständige Regelung zur Versicherungspflicht vorgesehen war. Die sodann erfolgte Harmonisierung (ebenfalls → Rn. 1) mit der Regelung der GKV wurde nicht vollständig vollzogen. Insbesondere bestehen bei der Bezeichnung des von Abs. 1 S. 2 Nr. 5 und 10 erfassten Personenkreises Divergenzen gegenüber den entsprechenden Regelungen in § 5 SGB V. In Nr. 5 und 10 sind Personengruppen bezeichnet, die im Katalog des § 5 Abs. 1 SGB V fehlen, aber uU einem anderen in § 5 Abs. 1 SGB V benannten Personenkreis angehören. Eine Erweiterung der Versicherungspflicht in der GKV kann durch die in § 20 weiter gefassten Personenkreise allerdings nicht eintreten, vielmehr ist in Verwirklichung des Grundsatzes „**Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung**“ der Vorrang der Krankenversicherung zu berücksichtigen. Gegen eine Erweiterung des von der Versicherungspflicht umfassten Personenkreises auf der Grundlage von § 20 Abs. 1 S. 2 spricht auch, dass es insoweit an Melde- und Beitragsvorschriften fehlt (vgl. ausführlich BeckOGK/Peters Rn. 12f.). Ohne Versicherungspflicht in der GKV tritt demnach auch in der sozialen Pflegeversicherung keine Versicherungspflicht ein. Ausdrücklich von diesem Grundsatz vorgesehene Ausnahmen finden sich allerdings in Abs. 3 für die freiwillig in der GKV Versicherten und in Abs. 4 für untergeordnete Beschäftigungen oder Tätigkeiten (hierzu → Rn. 33f.).

2. Auswirkungen der Versicherungspflicht

Mit der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung hängen eng zusammen: Die Vorschriften über die zuständige Pflegekasse (§ 48), über Beginn und Ende der Mitgliedschaft (§ 49), die Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung (§ 50) und der privaten Pflegeversicherung (§ 51) sowie das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (§§ 54–60).

IV. Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtige Personenkreis

- 6 Wegen weiterer Einzelheiten wird, soweit keine Besonderheiten der sozialen Pflegeversicherung bestehen, auf die Kommentierungen zu § 5 SGB V (zB v. Koppens-Spies/Wenner SGB V/Wiegand SGB V § 5) verwiesen.

1. Gegen Entgelt versicherte Arbeitnehmer (Nr. 1)

- 7 **Nr. 1** Hs. 1 entspricht wörtlich § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und erfasst **Arbeitnehmer**, die **gegen Entgelt beschäftigt** sind, auch soweit die Beschäftigung zu ihrer Berufsausbildung erfolgt (s. zur Sozialversicherung als Beschäftigtenversicherung SRH/Axer § 15 Rn. 15 ff.). Arbeitnehmer ist, wer eine Erwerbstätigkeit in persönlicher Abhängigkeit ausübt, wobei sich die persönliche Abhängigkeit vor allem in der Eingliederung in einen Betrieb oder eine Verwaltung ausdrückt. Die persönliche Abhängigkeit ist regelmäßig mit einem Weisungsrecht des Arbeitgebers verbunden, das die zeitliche Dauer und den Ort der Arbeitsausführung umfasst (etwa BSG 31.8.1976 – 12/3/12 RK 20/74, SozR 2200 § 1227 Nr. 4 = BeckRS 2009, 66248; 1.12.1977 – 12/3/12 RK 39/74, BSGE 45, 199 = SozR 2200 § 1227 Nr. 8, zu Besonderheiten bei Diensten höherer Art vgl. BSG 24.10.1978 – 12 RK 58/76, SozR 2200 § 1227 Nr. 19 = BeckRS 1978, 109169). Nach der Definition in § 7 Abs. 1 SGB IV ist Beschäftigung die nichtselbstständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis. Die Abgrenzung zwischen Arbeitern und Angestellten hat im Hinblick auf die Versicherungspflicht in der GKV und der sozialen Pflegeversicherung keine Bedeutung mehr (seit dem GRG sind auch Arbeiter in der GKV versicherungsfrei, wenn ihr regelmäßiges Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet – § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Bedeutung hatte die Zugehörigkeit zu einer der beiden Arbeitnehmergruppen nur noch bis 31.12.1995 für die Kassenzugehörigkeit (vgl. Art. 1 Nr. 116 GSG iVm Art. 35 Abs. 6 GSG). Der mWv 1.1.1998 in Nr. 1 angeführte Hs. 2 bestimmt, dass die Versicherungspflicht für die Zeit des Bezugs von **Kurzarbeitergeld** nach dem SGB III unberührt bleibt (das ursprünglich in der Regelung ebenfalls angeführte Winterausfallgeld wurde zwischenzeitlich in Folge seiner Ablösung durch das Saison-Kurzarbeitergeld gestrichen, → Rn. 1). Eine entsprechende Regelung fehlt zwar in § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. In der GKV bleibt die Mitgliedschaft bei dem Bezug von Kurzarbeitergeld jedoch nach § 192 Abs. 1 Nr. 4 SGB V erhalten. Arbeitnehmer, die **Ausgleichsgeld** beziehen, sind nach der ausdrücklichen Regelung in § 15 Abs. 4 S. 1 FELEG in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 versichert, wenn sie unmittelbar vor dem Leistungsbezug in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert waren und weder versicherungspflichtig beschäftigt sind noch Krankengeld beziehen. Siehe zur Gleichstellung von Personen, die nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften sind, § 20 Abs. 2a (hierzu → Rn. 31).

- 8 **a) Beginn, Ende und Unterbrechung der Beschäftigung.** Der Beginn der Beschäftigung - und damit auch der Mitgliedschaft nach § 46 - ist regelmäßig die tatsächliche Aufnahme der Tätigkeit. Zu Besonderheiten bei krankheits- oder urlaubsbedingter Verhinderung einer Arbeitsaufnahme vgl. BSG 24.10.1978 – 12 RK 58/76, BSGE 26, 124 = SozR 2200 § 1227 Nr. 19; 22.11.1968 – 3 RK 9/67, BSGE 29, 30 = BeckRS 1968, 30406980. Das Beschäftigungsverhältnis endet grundsätzlich mit der tatsächlichen Niederlegung der Arbeit und dem Fortfall des Entgeltanspruchs. Bei Arbeitsunterbrechungen mit Entgeltfortzahlungen besteht das Beschäftigungsverhältnis grundsätzlich fort. Auch ohne Entgeltfortzahlung ist das Fortbestehen des Beschäftigungsverhältnisses nicht ausgeschlossen. Das in diesen

Fällen wesentliche Fortbestehen der Mitgliedschaft in der GKV wird in § 192 SGB V geregelt.

b) Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt. Nr. 1 erfasst nur die **Beschäftigung „gegen Arbeitsentgelt“**. Zur Definition des Arbeitsentgelts vgl. § 14 SGB IV. Diese Voraussetzung schließt unentgeltliche Gefälligkeitsverhältnisse aus. Insbesondere bei der Mitarbeit von Familienangehörigen stellt die Höhe des Arbeitsentgelts ein maßgebendes Indiz dafür dar, ob überhaupt ein Beschäftigungsverhältnis oder lediglich familienhafte Mithilfe vorliegt.

c) Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Die Ausnahmen von der für alle Arbeitnehmer grundsätzlich bestehenden **Versicherungspflicht** in der GKV wirken sich auch auf die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aus:

- (1) **Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes** besteht in der GKV bei den in § 6 Abs. 1 SGB V enumerativ aufgeführten Personengruppen. Die Versicherungsfreiheit bleibt auch bestehen, wenn daneben (zB aufgrund einer weiteren Tätigkeit) ein Versicherungspflicht-Tatbestand erfüllt wird (§ 6 Abs. 3 SGB V). Unter bestimmten Voraussetzungen sind auch Hinterbliebenenrentner mit Beihilfeanspruch versicherungsfrei (§ 6 Abs. 2 SGB V). Nach § 7 SGB V ist versicherungsfrei, wer eine geringfügige Beschäftigung nach §§ 8, 8a SGB IV ausübt. Dies gilt allerdings nicht für eine Beschäftigung im Rahmen betrieblicher Berufsbildung oder für eine Beschäftigung nach dem Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstgesetz.
- (2) In bestimmten Fällen können nach § 8 SGB V andere als die unter (1) genannten Personen **auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit** werden, wenn der Eintritt von Versicherungspflicht auf einem der in § 8 Abs. 1 Nrn. 1–7 SGB V genannten Umstände beruht. Von größerer Bedeutung sind vor allem: Der Eintritt von Versicherungspflicht wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (Nr. 1) und die Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 Bundeserziehungsgeldgesetz oder nach § 1 Abs. 6 BEEG während der Elternzeit (Nr. 2) sowie der Eintritt von Versicherungspflicht durch die Beantragung oder den Bezug einer Rente (Nr. 4) oder durch die Einschreibung als Student (Nr. 5).
- (3) Von der Versicherungspflicht in der GKV ausgenommen sind des Weiteren **hauptberuflich Selbstständige** (§ 5 Abs. 5 SGB V). Wird neben der gegen Arbeitsentgelt ausgeübten abhängigen Beschäftigung hauptberuflich eine selbstständige Erwerbstätigkeit verrichtet, so wird durch die abhängige Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt die Versicherungspflicht nicht begründet. Durch diese mit dem GRG eingeführte Ausnahmeregelung soll vermieden werden, dass sich Selbstständige durch eine Nebenbeschäftigung als Arbeitnehmer einen beitragsgünstigen Krankenversicherungsschutz erkaufen.

d) Allgemeine Grundsätze zur Versicherungspflicht. Allgemeine Grundsätze zur Versicherungspflicht von Arbeitnehmern: Der persönliche und räumliche **Geltungsbereich** richtet sich nach den allgemeinen Regelungen in den **§§ 3 ff. SGB IV**. Danach werden alle Personen erfasst, die in Deutschland beschäftigt sind. Bei grenzüberschreitenden Beschäftigungsverhältnissen sind die Grundsätze der Aus- und Einstrahlung (§§ 3 und 4 SGB IV) zu beachten. Die Ablehnung eines verpflichtigen Beschäftigungsverhältnisses wegen eines missglückten Arbeitsversuchs (zu den Voraussetzungen vgl. BSG 25.1.1979 – 3 RK 69/78, SozR 2200 § 165 Nr. 34 = BeckRS 1979, 621) kommt nach der Änderung der Rspr. (vgl. BSG 4.12.1997 – 12 RK 3/97, BSGE 81, 231 = SozR 3–2500 § 5 Nr. 37 = BeckRS 1997, 30004089) nicht mehr in Betracht.

e) Besonderheiten bei bestimmten Gruppen von Beschäftigten. Mehrfach Beschäftigte – hierbei handelt es sich um Personen, die gleichzeitig in mehreren Beschäftigungsverhältnissen stehen. Sie unterliegen der Versicherungspflicht

auch dann, wenn die einzelnen Beschäftigungsverhältnisse wegen Geringfügigkeit an sich versicherungsfrei sind. Nach § 8 Abs. 2 S. 1 SGB IV sind mehrere geringfügige Beschäftigungen zusammenzurechnen. Entfallen danach die Voraussetzungen der Geringfügigkeit iSv § 8 Abs. 1 SGB IV, so kann keine der betroffenen Beschäftigungen als geringfügig angesehen werden. Übersteigt das Arbeitsentgelt aus mehreren Beschäftigungsverhältnissen die Versicherungspflicht-Grenze, so liegt Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V vor. Dies gilt allerdings nicht, wenn zu einem Beschäftigungsverhältnis mit einem Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze ein Entgelt aus einer wegen Geringfügigkeit versfreien Beschäftigung hinzutritt. Eine Mehrfachbeschäftigung liegt nicht vor, wenn neben einer abhängigen Beschäftigung eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird.

- 13 f) Unständig Beschäftigte.** Unständig Beschäftigte – dies sind Personen, die berufsmäßig Beschäftigungen nachgehen, die auf weniger als eine Woche befristet sind (zur Definition vgl. im Einzelnen § 232 Abs. 3 SGB V). Die besonderen Regelungen des SGB V für versicherungspflichtig unständig Beschäftigte über Beginn und Ende der Mitgliedschaft (§§ 186 Abs. 2, 190 Abs. 4 SGB V), zur Meldepflicht (§ 199 SGB V) und zur Beitragsbemessung (§ 232 SGB V) sind entsprechend heranzuziehen.
- 14 g) Wehr- und Zivildienst.** Für Wehr- und Zivildienstleistende enthalten die §§ 20 ff. (mit Ausnahme von § 25 Abs. 4 zur Familienversicherung) keine besondere Regelung. Nach § 193 SGB V berühren Wehr- und Zivildienst die Mitgliedschaft in der GKV nicht. Wehr- oder Zivildienstleistende bleiben daher mit dem Status (freiwilliges oder versicherungspflichtiges Mitglied), den sie bei Beginn des Wehr- oder Zivildienstes hatten, Mitglied der GKV. Hieraus folgt zugleich ihre Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung. Soldaten auf Zeit werden durch eine Sonderregelung (§ 21 Nr. 6) der sozialen Pflegeversicherung zugewiesen, obwohl sie gem. § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V ausdrücklich in der GKV versicherungsfrei sind (s. auch → § 21 Rn. 12). Diese Zuordnung wurde als sachlich geboten angesehen, weil davon ausgegangen wurde, dass Soldaten auf Zeit nach Ausscheiden aus dem aktiven Dienst meist eine Beschäftigung aufnehmen, die zu Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung führt (BT-Drs. 12/5952, 37). Berufssoldaten gehören zu dem Personenkreis, der nach § 23 Abs. 4 Nr. 1 (Heilfürsorgeberechtigte) der Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung unterliegt.
- 15 h) Freiwilligendienstleistende.** Personen, die ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr aufgrund des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten oder eine Beschäftigung nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz ausüben, sind in der GKV auch dann versicherungspflichtig, wenn ihr Entgelt die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt (§ 7 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 Nr. 2, 3 SGB V). Erfolgt die Beschäftigung ohne Entgelt, so greift Versicherungspflicht nach Nr. 1 nicht ein. Unter den Voraussetzungen von § 25 Abs. 2 Nr. 3 sind Kinder und Ehegatten von Mitgliedern während dieser Zeit familienversichert.

2. Empfänger von Leistungen der Arbeitsförderung (Nr. 2)

- 16** Die Regelung in **Nr. 2** erfasste in ihrer ursprünglichen Fassung nur die Empfänger bestimmter **Leistungen nach dem AFG**; durch das AFRG wurde mWv 1.1.1998 die Diskrepanz gegenüber § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V beseitigt. Die Versicherungspflicht besteht auch dann, wenn die SGB-III-Leistungen aufgrund von Anrechnungen oder Kürzungen nicht voll zur Auszahlung kommen. Unerheblich ist, ob die Entscheidung, die zu dem Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder -gezahlt worden ist. Diese Ergänzung wurde durch das GKV-FQWG in die Regelung aufgenommen (→ Rn. 1). Wird die Bewilligung von Alg aufgehoben und die gewährte Leistung erstattet, so wird das

Versicherungsverhältnis in der sozialen Pflegeversicherung folglich nicht rückabgewickelt. Eine nähere Begründung erfolgte zwar nicht (vgl. BT-Drs. 18/1307, 54), jedoch handelt es sich in der Sache um eine Angleichung an den Wortlaut des § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Da es einen nachwirkenden Versicherungsschutz für vier Wochen nach Beendigung des die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigungsverhältnisses wie in der GKV in der sozialen Pflegeversicherung nicht gibt, bestand nach der bis 30.6.2017 gültigen Regelung des § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 im ersten Monat einer Sperrzeit kein Versicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung. Eine Harmonisierungslösung mit Vorrang der GKV war angesichts der klaren Regelungen zu weit gehend (so auch BeckOGK/Peters Rn. 27). Allerdings kam in dieser Zeit eine Weiterversicherung nach § 26 oder die Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 in Betracht. Unerheblich ist hingegen, dass in Nr. 2 abweichend von dem Wortlaut des § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V das Unterhaltsgeld nicht aufgeführt ist. Dieses wurde bis 2003 nach Maßgabe der §§ 153 ff. SGB III gewährt und zwischenzeitlich durch das Alg wegen beruflicher Weiterbildung abgelöst. Mit Wirkung vom 1.8.2017 (auch → Rn. 1) hat der Gesetzgeber § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und parallel dazu auch § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 dahingehend geändert, dass ohne zeitliche Einschränkung während des Ruhens des Anspruchs aufgrund einer Sperrzeit oder Urlaubsabgeltung weiterhin Versicherungspflicht besteht. Diese auf Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit eingefügte Änderung soll vornehmlich dem Ziel dienen, Versorgungslücken bei dem Krankengeld zu vermeiden (BT-Drs. 18/11205, 59). Mit dem zeitlichen Vorziehen der Versicherungspflicht soll erreicht werden, dass künftig grundsätzlich bereits ab dem ersten Tag einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung Versicherungspflicht in der GKV und der sozialen Pflegeversicherung besteht (BT-Drs. 18/11205, 59, 80). Im Falle des Bezugs einer Urlaubsabgeltung ist zu berücksichtigen, dass der Arbeitgeber die von der BA gezahlten Beiträge zu erstatten hat (§ 335 Abs. 3, 5 SGB III).

3. Bezieher von Bürgergeld (Nr. 2a)

Bezieher von Bürgergeld nach dem SGB II sind ebenfalls nur in der Zeit in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig, in der sie Leistungen beziehen. 17
Versicherungspflicht besteht nicht, wenn Leistungen nur darlehensweise gewährt werden (§ 24 Abs. 4 und 5 SGB II). Auch die einmaligen Leistungen für Erstausrüstungen und die Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen oder therapeutischen Geräten oder deren Miete (§ 24 Abs. 3 S. 1 SGB II) begründen keine Versicherungspflicht. Dieselben Einschränkungen finden sich auch mit Blick auf die Versicherungspflicht in der GKV (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V). Wird die Entscheidung über die Bewilligung von Bürgergeld rückwirkend aufgehoben oder wurde die Leistung zurückgefordert oder –gezahlt, ändert dies – ebenso wie mit Blick auf Nr. 2 der Regelung – nichts an der Versicherungspflicht. Auch insoweit besteht ein Gleichklang mit § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Beiträge zur GKV und sozialen Pflegeversicherung gem. § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II iVm § 335 Abs. 1, 5 SGB III uU von dem Bezieher des Bürgergeldes zu erstatten sind. Bürgergeld-Bezieher, die in der privaten Pflegeversicherung versichert sind, erhalten für die Dauer des Leistungsbezugs einen Zuschuss zu dem Beitrag, der auf die Hälfte des Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung begrenzt ist, § 26 Abs. 3 SGB II (vgl. in diesem Zusammenhang BSG 18.1.2011 – B 4 AS 108/10 R, BSGE 107, 217 = BeckRS 2011, 69549; 16.10.2012 – B 14 AS 11/12 R, SozR 4–4200 § 26 Nr. 3 = NZS 2013, 311). Der frühere Vorrang der Familienversicherung vor einer Versicherungspflicht nach Nr. 2a gilt seit dem 1.1.2016 nicht mehr (→ Rn. 1; vgl. auch BT-Drs. 18/1307, 54). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch die Regelung des § 25 Abs. 1 S. 1 Nr. 2, die auch

auf § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2a verweist und somit die Bezieher von Bürgergeld von dem Ausschluss in der Familienversicherung erfasst.

4. Landwirte (Nr. 3)

- 18 **Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler** sind in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig, wenn sie nach § 2 KVLG 1989 (Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte) versicherungspflichtig sind. Der Wortlaut von Nr. 3 weicht von der entsprechenden Regelung der Versicherungspflicht in der GKV in § 5 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ab, der pauschal auf die Vorschriften des KVLG 1989 über die Versicherungspflicht verweist. Wenn Nr. 3 allein auf die Regelung der Versicherungspflicht in § 2 KVLG 1989 abstellt, kann daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass die Ausnahmen von der Versicherungspflicht nach dem KVLG in § 3 KVLG 1989 (zB Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften und Versicherungsfreiheit) und §§ 4 und 5 KVLG 1989 (Befreiung von der Versicherungspflicht) unbeachtlich seien. Ist ein Landwirt aufgrund einer Ausnahmeregelung in der allgemeinen GKV oder aber privat krankenversichert, so wirkt sich dies auf die Zuordnung der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung aus. Eine andere Auslegung von Nr. 3 verstieße gegen den übergeordneten Grundsatz, dass die „Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt“. Hinsichtlich der sozialen Pflegeversicherung folgt dies bei einer Mitgliedschaft in einer anderen Krankenkasse als der Krankenversicherung der Landwirte bereits aus § 48 Abs. 1. Zu Grenzfällen der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Landwirte vgl. die umfangreiche Rspr. des BSG in SozR 5420 (§§ 2–4). Zu Besonderheiten bei Beziehen von Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld vgl. BeckOGK/Peters Rn. 33.

5. Selbstständige Künstler und Publizisten (Nr. 4)

- 19 Nr. 4 stimmt mit Ausnahme des Zusatzes „selbständige“ mit § 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V überein und betrifft die Versicherungspflicht von **selbstständigen Künstlern und Publizisten** in der sozialen Pflegeversicherung (vgl. zum Kreis der Versicherten nach dem KSVG: SRH/Axer § 15 Rn. 55 ff.). Der Zusatz „selbständige“ führt dabei zu keiner inhaltlichen Abweichung, da nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V iVm § 1 KSVG auch in der GKV nur selbstständige Künstler und Publizisten versicherungspflichtig sind. Die Versicherungspflicht richtet sich nach den Bestimmungen des KSVG. Für die Durchführung der Krankenversicherung sind die Krankenkassen des SGB V zuständig. Über die Versicherungspflicht entscheidet allerdings die Künstlersozialkasse, die auch für den Einzug des Beitrages und der von den Verwertern von Kunst zu erbringenden Künstlersozialabgabe zuständig ist. Versicherungspflicht besteht nach § 1 KSVG nur für selbstständige Künstler und Publizisten iSv § 2 KSVG. Sie dürfen höchstens einen Arbeitnehmer beschäftigen. Werden mehr Arbeitnehmer beschäftigt, liegt Versicherungspflicht nicht vor. Abhängig beschäftigte Künstler und Publizisten sind nicht nach dem KSVG, sondern nach Nr. 1 versicherungspflichtig. Das KSVG enthält in den §§ 3, 5–7 Regelungen über Ausnahmen von der Versicherungspflicht.

6. Personen in Behinderteneinrichtungen (Nr. 5)

- 20 Nr. 5 erfasst Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen **Einrichtungen für behinderte Menschen** für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen. Anders als von der entsprechenden Regelung über die Versicherungspflicht in der GKV (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) werden auch Personen in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen einbezogen. Dies knüpft an die frühere Regelung in § 165 Abs. 1

Nr. 2a Buchst. b RVO an. Eine Erweiterung des Kreises der Versicherungspflichtigen ergibt sich hieraus allerdings nur, soweit die Betroffenen in der GKV nach § 5 Nr. 6–8 SGB V versicherungspflichtig sind (auch → Rn. 4). Maßgebend für die Zugehörigkeit zu dem von Nr. 5 erfassten Personenkreis ist vor allem die Zielrichtung der Beschäftigung in einer der genannten Einrichtungen. Sie muss auf die Befähigung für eine Erwerbstätigkeit gerichtet sein. Ob während der Befähigungsmaßnahme ein Entgelt gezahlt wird, ist für die Versicherungspflicht unerheblich.

Zu der Frage, wer für die nach Nr. 5–8 Versicherten die Beiträge zu tragen hat, 21 vgl. § 59 Abs. 1 iVm § 251 Abs. 1 und 2 SGB V.

7. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, der Berufsfindung und Arbeitserprobung (Nr. 6)

Nr. 6 erfasst behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen, die an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 4 Abs. 1 Nr. 3, § 5 Nr. 2 SGB IX sowie an Berufsfindung und Arbeitserprobung teilnehmen. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben waren im Einzelnen bis 31.12.2017 in den §§ 33 ff. SGB IX und sind seit dem 1.1.2018 in §§ 49 ff. SGB IX geregelt. Als Träger der der Versicherungspflicht begründenden Leistungen kommen die BA, die Renten- und Unfallversicherungsträger, die Sozialhilfeträger sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe in Betracht (§ 6 Abs. 1 SGB IX). Ausgenommen von der Versicherungspflicht sind Teilnehmende, die dem Personenkreis des § 151 SGB XIV (seit 1.1.2024; vgl. zuvor § 26 BVG) oder (ab dem 1.1.2025) dem Personenkreis des § 81 Abs. 3 SEG angehören. Für diese Personenkreise erfolgt die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit über den Einbezug in die Versicherungspflicht nach § 21 Nr. 1 (vgl. hierzu BT-Drs. 20/8344, 46 f.). Soweit § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V auch „Abklärungen der beruflichen Eignung“ erfasst, geht die Regelung über den ausdrücklich von § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 erfassten Personenkreis hinaus. Dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ folgend (vgl. → Rn. 4), ist insoweit allerdings eine Harmonisierung möglich mit der Folge, dass § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 entsprechend weit auszulegen ist (so auch BeckOGK/Peters Rn. 41).

8. Werkstätten für behinderte Menschen, Blindenwerkstätten (Nr. 7)

Die Regelung in Nr. 7 entspricht § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V und erfasst behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten iSd § 226 SGB IX (bis 31.12.2017: § 143 SGB IX; s. auch → Rn. 1) oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind. Mit Wirkung vom 1.1.2018 wurde die Regelung durch das BTHG (→ Rn. 1) um den Zusatz „oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches“ erweitert. Dabei handelt es sich um eine Folgeänderung aus der Zulassung anderer Leistungsanbieter als Alternativen zu Werkstätten für behinderte Menschen im SGB IX und der Aufnahme eines entsprechenden Versicherungspflichttatbestandes in § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V. Menschen mit Behinderungen, die bei einem anderen Leistungsanbieter tätig sind, sollen wie Menschen mit Behinderungen, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig sind, gleichermaßen zum versicherungspflichtigen Personenkreis nach dem SGB V gehören. Dementsprechend wurde nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ auch der versicherungspflichtige Personenkreis nach dem SGB XI erweitert (vgl. BT-Drs. 18/9522, 326). Eine Aufnahme in eine anerkannte Behindertenwerkstatt liegt nicht vor, wenn ein nicht werkstattfähiger behinderter Mensch in eine der Werkstatt angegliederte Tagesförderstätte aufgenommen wird (BSG 11.6.1980 – 12 RK 34/78, SozR 5085 § 1 Nr. 2 = BeckRS 1980, 30706966). Der behinderte Mensch muss in der Einrichtung

„tätig“ sein, mithin tatsächlich eine Tätigkeit ausüben (vgl. BSG 14.12.1994 – 4 RK 1/93, SozR 3–2500 § 5 Nr. 19 = BeckRS 1994, 30752381; s. auch jurisPK-SGB XI/Klein Rn. 72).

9. Behinderte Menschen in sonstigen Einrichtungen (Nr. 8)

- 24 Die Regelung des § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 8 stimmt mit § 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V überein und verlangt ebenso wie § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 eine tatsächliche Tätigkeit in dem in der Regelung genannten Umfang.

10. Studenten (Nr. 9)

- 25 Bei der **Versicherungspflicht von Studenten** begnügt sich **Nr. 9** mit einer globalen Verweisung auf die Regelung der Krankenversicherungspflicht von Studenten in § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V. Danach sind die an staatlichen oder staatlich-anerkannten Hochschulen eingeschriebenen Studenten unabhängig davon versicherungspflichtig, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie aufgrund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht. Zeitlich ist die Versicherungspflicht begrenzt bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres. Studenten nach Abschluss des 14. Fachsemesters oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre oder persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungsweges, die Überschreitung der Altersgrenze oder längere Fachstudienzeiten, dies rechtfertigen. Zum Kreis der versicherungspflichtigen Studenten gehört noch nicht, wer an studienvorbereitenden Sprachkursen (BSG 29.9.1992 – 12 RK 15/92, SozR 3–2500 § 5 Nr. 2 = BeckRS 1992, 30742645; 7.6.2018 – B 12 KR 15/16 R, BSGE 126, 52 Rn. 15 = BeckRS 2018, 23819; 7.6.2018 – B 12 KR 1/17 R, SozR 4–2500 § 240 Nr. 35 Rn. 14 = BeckRS 2018, 23818) oder an Eignungsverfahren (BSG 29.9.1992 – 12 RK 16/92, SozR 3–2500 § 5 Nr. 3 = BeckRS 1992, 30742637; 7.6.2018 – B 12 KR 15/16 R, BSGE 126, 52 Rn. 15 = BeckRS 2018, 23819; 7.6.2018 – B 12 KR 1/17 R, SozR 4–2500 § 240 Nr. 35, Rn. 14 = BeckRS 2018, 23818) teilnimmt, auch wenn er bereits eingeschrieben ist. Während Erweiterungs- und Aufbaustudien als versicherungspflichtige Studienzeit anzusehen sind (vgl. BSG 29.9.1992 – 12 RK 31/91, BSGE 71, 144 = SozR 3–2200 § 172 Nr. 2 = BeckRS 1992, 31007404; 7.6.2018 – B 12 KR 15/16 R, BSGE 126, 52 Rn. 21 = BeckRS 2018, 23819; 7.6.2018 – B 12 KR 1/17 R, SozR 4–2500 § 240 Nr. 35 Rn. 20 = BeckRS 2018, 23818), soweit die zulässige Fachstudienzeit oder das Höchstalter nicht überschritten werden, gehören Doktoranden und Promotionsstudenten nicht mehr zum Kreis der versicherungspflichtigen Studenten (BSG 23.3.1993 – 12 RK 45/92, SozR 3–2500 § 5 Nr. 10 = BeckRS 1993, 30809073; 7.6.2018 – B 12 KR 15/16 R, BSGE 126, 52 Rn. 14 ff. = BeckRS 2018, 23819; 7.6.2018 – B 12 KR 1/17 R, SozR 4–2500 § 240 Nr. 35 Rn. 13 ff. = BeckRS 2018, 23818). Zu der mit dem GRG eingeführten zeitlichen Begrenzung der Versicherungspflicht von Studenten sowie zu den Ausnahmen bei dem Vorliegen besonderer Gründe vgl. BSG 30.9.1992 – 12 RK 40/91, BSGE 71, 150 = SozR 3–2500 § 5 Nr. 4 = BeckRS 1992, 121882; 30.9.1992 – 12 RK 50/91, SozR 3–2500 § 5 Nr. 6 = BeckRS 1992, 31031754; 30.9.1992 – 12 RK 8/91, SozR 3–2500 § 5 Nr. 7 = BeckRS 1992, 30742687; 30.9.1992 – 12 RK 3/91, SozR 3–2500 § 5 Nr. 8 = BeckRS 1992, 30742679. Die Verweisung auf die Voraussetzungen der Krankenversicherungspflicht als Student schließt auch die Beachtung der im SGB V geregelten **Ausnahmen von der Versicherungspflicht** ein: Auch wenn die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V vorliegen, besteht keine Versicherungspflicht, wenn hauptberuflich eine selbststän-

dige Erwerbstätigkeit ausgeübt wird (§ 5 Abs. 5 SGB V), wenn die Voraussetzungen von Versicherungsfreiheit nach § 6 SGB V vorliegen (hier wirkt sich vor allem § 6 Abs. 3 SGB V aus) oder wenn sich der Student nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 SGB V befreien lässt.

Konkurrenzen zur Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften: Im SGB XI ist nur die Konkurrenz zur Familienversicherung geregelt. Nach § 25 Abs. 1 Nr. 2 geht die Versicherungspflicht als Student der Familienversicherung nicht vor. Die Bezugnahme auf § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V schließt auch die Anwendbarkeit von § 5 Abs. 7 SGB V ein, welcher die Konkurrenz der Versicherungspflicht als Student mit anderen die Versicherungspflicht begründenden Tatbeständen regelt. Danach geht die Versicherungspflicht nach den Nrn. 1–8 sowie Nr. 11 der Versicherungspflicht nach Nr. 9 vor.

11. Praktikanten, Auszubildende des Zweiten Bildungsweges (Nr. 10)

Nr. 10 schließt Lücken im Versicherungsschutz bei bestimmten **Ausbildungsverhältnissen**, die sich nicht unter die Regelungen in Nr. 1–9 subsumieren lassen. Im Gegensatz zu der entsprechenden Regelung in § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V werden auch Besucher einer Fachschule oder Berufsfachschule aufgeführt. Dies bleibt ohne Auswirkung auf die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung, soweit die Betroffenen nicht unter einen der Versicherungspflicht-Tatbestände von § 5 Abs. 1 SGB V fallen (so auch BeckOGK/Peters Rn. 49, 11 f.; auch → Rn. 4). Die Versicherungspflicht als Praktikant hat vor allem dann Bedeutung, wenn das Praktikum außerhalb eines aus anderen Gründen versicherungspflichtigen Ausbildungsabschnitts liegt. Notwendig ist jedoch, dass die berufspraktische Tätigkeit in der jeweiligen Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist. Der Zusatz „ohne Arbeitsentgelt“ verdeutlicht, dass Praktikanten, die ein Entgelt erhalten, nicht unter Nr. 10 fallen. Im Falle eines solchen Praktikums besteht jedoch Versicherungspflicht nach Nr. 1. Zu den Auszubildenden des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem BAföG förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts befinden, gehören zB Schüler von Abendschulen, Abendrealschulen, Abendgymnasien und Kollegiaten. Vorausgesetzt wird bei ihnen nur, dass der Ausbildungsabschnitt förderungsfähig ist, nicht dagegen, dass er tatsächlich gefördert wird. Die Altersgrenze wurde mWv 1.1.2020 eingefügt (s. auch → Rn. 1) und stellt eine Folgeänderung zu der Änderung in § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V dar (vgl. BT-Drs. 19/13397, 98). Die Ausnahmen von der Versicherungspflicht und die Konkurrenzen gegenüber anderen Versicherungspflicht begründenden Tatbeständen entsprechen denen nach Nr. 9.

12. Rentner (Nr. 11)

Nr. 11 regelt die **Versicherungspflicht der Rentner**, indem auf die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 SGB V) verwiesen wird. Die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR sind durch GRG und GSG in wesentlichen Bereichen geändert worden (vgl. hierzu v. Koppenfels-Spies/Wenner SGB V/Wiegand SGB V § 5 Rn. 97). Die Regelung erfasst Rentner oder Antragsteller der GRV, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben (Ausnahmen sind aufgrund über- oder zwischenstaatlicher Regelungen möglich). Die ursprüngliche Absicht, auch Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder einer Rente nach dem BVG einzubeziehen, wurde nicht verwirklicht. Als Rente iSv Nr. 11 kommt jede der in § 33 SGB VI aufgeführten Rentenarten in Betracht; das sind: Renten wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Todes (Witwen-, Witwer- und Erziehungsrenten). Für die **Waisenrenten** wurde durch das Gesetz für sichere digi-

tale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze in § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V ein eigener Versicherungspflichttatbestand geschaffen und gleichzeitig entsprechend der Verweis auf Nr. 11b auch in § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 11 aufgenommen (auch → Rn. 1). Durch die Neuregelung soll der besonderen Lebens- und Einkommenssituation von Waisenrentnern Rechnung getragen und – vor dem Hintergrund des Beschlusses des BVerfG (12.10.1976 – 1 BvL 9/74, BVerfGE 43, 13 = SozR 2200 § 1280 Nr. 1 = BeckRS 1976, 108475) – insoweit berücksichtigt werden, dass es dem Sozialstaat obliegt, jugendlichen Waisen, die sich nicht selbst unterhalten können, Hilfe zu leisten (BT-Drs. 18/6905, 74 f.). Hinsichtlich der **Vorversicherungszeit für die KVdR** ist zu unterscheiden zwischen

- a) Rentnern mit Rentenbeginn oder Rentenanstellung ab 1.1.1994; für sie gelten uneingeschränkt die Voraussetzungen von § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V idF des GSG. Danach besteht eine Versicherungspflicht als Rentner nur dann, wenn der Rentner seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zum Rentenanspruch mindestens neun Zehntel in der zweiten Hälfte des Zeitraums aufgrund einer Pflichtversicherung Mitglied der GKV war oder eine nach Nr. 11 gleichgestellte Zeit vorgelegen hat; die Zeiten einer freiwilligen Versicherung reichen nicht aus;
- b) Rentner mit einem Rentenbeginn oder einer Rentenanstellung im Jahre 1993; bei ihnen reicht anstelle einer Neun-Zehntel-Belegung eine Halb-Belegung allerdings nur mit Pflichtversicherungszeiten aus (Art. 56 Abs. 3 GRG idF von Art. 25 Nr. 1 GSG);
- c) Rentner, die am 31.12.1992 aufgrund des Bezugs einer Rente versicherungspflichtig waren oder wegen Beantragung einer Rente als Mitglied galten: Sie bleiben während der Dauer des Rentenbezuges (bzw. bei Formalmitgliedern bis zur Ablehnung des Antrages) versicherungspflichtig, auch wenn sie die Voraussetzungen von § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V nF nicht erfüllen.

Als Vorversicherungszeit werden neben den Zeiten einer eigenen Mitgliedschaft auch Zeiten der Ehe mit einem Mitglied bzw. Zeiten einer Familienversicherung nach § 10 SGB V (seit Inkrafttreten des SGB V) berücksichtigt und bei abgeleiteten Renten Zeiten der Mitgliedschaft desjenigen, von dem die Rente abgeleitet wird. Als Rentner bzw. Rentenanspruchsteller sind auch solche Personen versicherungspflichtig, die zu den in §§ 1 oder 10a FRG oder zu den in § 20 WGSVG genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der Letzten zehn Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben (§ 5 Abs. 1 Nr. 12 SGB V). Ausnahmen von der Versicherungspflicht als Rentner kommen bei einem Rentenbezug seit dem Inkrafttreten des GRG (1.1.1989) aufgrund von § 5 Abs. 5 SGB V (hauptberuflich selbstständige Tätigkeit), § 6 Abs. 2 SGB V (Hinterbliebenenrentner mit Beihilfeanspruch), § 6 Abs. 3 S. 1 SGB V iVm § 6 Abs. 1 SGB V (Versicherungsfreiheit aus anderen Gründen, die eine Versicherungspflicht als Rentner verdrängt) und nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Betracht. Bei einem Rentenbezug vor dem 1.1.1989 kam eine zeitlich befristete Befreiung nach Art. 56 Abs. 4 GRG in Betracht. Die Versicherungspflicht **beginnt** mit der Stellung des Rentenanspruches. Der RV-Träger entscheidet mit Tatbestandswirkung für die Krankenkasse und die Pflegekasse über das Bestehen eines Rentenanspruchs. Wird der Rentenanspruch abgelehnt, so gilt der Antragsteller während der Zeit des Verfahrens als Mitglied (Formalmithgliedschaft, § 189 SGB V, der über § 49 Abs. 2 S. 1 auch für die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung gilt).

- 29 **Konkurrenzen** gegenüber der Versicherungspflicht nach anderen Tatbeständen: Die Versicherungspflicht als Rentner geht der Versicherungspflicht nach Nrn. 1–8 nach; vorrangig ist sie lediglich gegenüber der Versicherungspflicht als Student oder Praktikant (Nrn. 9 und 10). Diese Rangfolge ergibt sich aus § 5 Abs. 7 und 8 SGB V.

13. Personen ohne bisherige Absicherung im Krankheitsfall (Nr. 12)

Mit dem GKV-WSG wurde zum 1.4.2007 in der GKV eine Versicherungspflicht von Personen eingeführt, die bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten (sog. versicherungspflichtige Rückkehrer in die GKV – § 5 Abs. 1 S. 1 Nr. 13 SGB V, zur Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen vgl. § 227 SGB V iVm § 240 SGB V). Für sie begründet Nr. 12 auch in der sozialen Pflegeversicherung Versicherungspflicht. Für diesen Personenkreis kommt auch Versicherungsschutz in der privaten Pflegeversicherung in Betracht. Nach § 404 SGB V (bis 19.10.2020: § 315 SGB V, sodann bis 8.6.2021: § 402 SGB V) konnten sie bis Ende Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif der privaten Krankenversicherung verlangen und wurden so beitragsberechtigt zur privaten Pflegeversicherung. § 193 Abs. 3 VVG begründet ab 1.1.2009 für alle Personen mit Wohnsitz im Inland die Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages, soweit anderweitig kein adäquater Krankenversicherungsschutz (etwa in der GKV, über die Beihilfe oder freie Heilfürsorge) besteht.

14. Bezieher von Vorruhestandsgeld (Abs. 2)

Abs. 2, der wortgleich aus § 5 Abs. 3 SGB V (= Abs. 2 S. 1) und § 5 Abs. 4 SGB V (= Abs. 2 S. 2) übernommen worden ist, stellt die Bezieher von Vorruhestandsgeld unter den im Einzelnen aufgeführten Voraussetzungen den gegen Arbeitsentgelt beschäftigten Arbeitnehmern iSd Abs. 1 Nr. 1 gleich. Die Gleichstellung des Vorruhestandsgeldes mit dem Arbeitsentgelt als beitragspflichtige Einnahmen ergibt sich aus § 57 Abs. 1 iVm § 226 Abs. 1 S. 2 SGB V.

15. Nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder gleich gestellter religiöser Gemeinschaften (Abs. 2a)

Nach dieser § 5 Abs. 4a S. 3 SGB V entsprechenden Vorschrift gelten die in der Regelung genannten Personengruppen als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte iSd Abs. 1 S. 2 Nr. 1. Die Regelung wurde in Folge eines Urteils des BSG (17.12.1996 – 12 RK 2/96, BSGE 79, 307 = SozR 3–2500 § 6 Nr. 14 = BeckRS 1996, 30765897) als notwendig angesehen und soll klarstellen, dass die betroffenen Personen in den Schutz der GKV – und damit auch der sozialen Pflegeversicherung – einbezogen sind (BT-Drs. 14/1245, 59).

V. Sozialhilfeempfänger

Der Sozialhilfeträger ist lediglich verpflichtet, für sog. Weiterversicherte, die nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (oder § 6 Abs. 1 KVLG 1989) ihre Mitgliedschaft in der GKV freiwillig fortführen und bedürftig sind, die Beiträge zu übernehmen. Im Übrigen stehen die Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes und die Übernahme der Beitragszahlungen an die Pflegeversicherung für Leistungsempfänger im Ermessen des Sozialhilfeträgers. Er kann sich auch dafür entscheiden, nach Eintritt eines entsprechenden Risikos, Hilfe zur Gesundheit (§§ 47 ff. SGB XII) und Hilfe zur Pflege (§ 61 SGB XII) zu leisten, ohne die entsprechenden Risiken zuvor versicherungsmäßig abzusichern. Soweit Sozialhilfeempfänger als freiwillige Mitglieder der GKV angehören, gilt für sie **Abs. 3**.

VI. Freiwillige Mitglieder der GKV (Abs. 3)

- 34 Nach **Abs. 3** werden auch die **freiwilligen Mitglieder** der GKV (§ 9 SGB V) in die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung einbezogen und hierdurch der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ verwirklicht. Dies ist mit dem Grundgesetz vereinbar (BSG 3.9.1998 – B 12 KR 23/97 R, SozR 3–3300 § 20 Nr. 5 = BeckRS 1998, 30023245; BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1681/94, 1 BvR 2491/94, 1 BvR 24/95, BVerfGE 103, 271 = SozR 3–300 § 23 Nr. 3 = BeckRS 2001, 30172557). Für die Durchführung der sozialen Pflegeversicherung ist auch bei ihnen die Kasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der ihre freiwillige Mitgliedschaft besteht (§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB V). Ein Wechsel zu einer anderen Pflegekasse ohne Wechsel zur entsprechenden Krankenkasse ist nicht möglich. Den freiwillig in der GKV Versicherten eröffnet § 22 allerdings die **Möglichkeit zur privaten Pflegeversicherung** überzuwechseln. Dies wird damit begründet, dass es diesem Personenkreis auch freistünde, den Krankenversicherungsschutz innerhalb der PKV sicherzustellen (BT-Drs. 12/5952, 37). Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht kann allerdings nur innerhalb von drei Monaten nach deren Beginn bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden (§ 22 Abs. 2 S. 1). Danach ist eine Beendigung der Pflichtmitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung nur noch durch Austritt aus der freiwilligen GKV (§ 191 Nr. 4 SGB V) möglich. Zum **Übergangsrecht** vgl. Art. 41 PflegeVG.

VII. Vorrang der Familienversicherung

- 35 Die Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nrn. 1–8 und 11 sowie § 20 Abs. 3 geht der beitragsfreien Familienversicherung nach § 25 vor, vgl. § 25 Abs. 1 Nr. 2.

VIII. Schutz der Solidargemeinschaft vor Missbrauch der sozialen Pflegeversicherung (Abs. 4)

- 36 **Abs. 4** soll den Schutz der Solidargemeinschaft vor einem **Missbrauch der sozialen Pflegeversicherung** sicherstellen. Der Gesetzgeber wollte mit dieser Regelung ausschließen, dass nichtversicherungspflichtige Personen erst in fortgeschrittenem Lebensalter den Schutz der sozialen Pflegeversicherung suchen, indem sie die Voraussetzungen eines die Versicherungspflicht begründenden Tatbestandes nur dem äußeren Anschein nach erfüllen (s. BT-Drs. 12/5262, 103 f.). Nicht nachvollziehbar ist die im Gesetzgebungsverfahren geäußerte Befürchtung, zu Manipulationen könne es auch bei denjenigen kommen, die zuvor privat pflegeversichert gewesen seien. Ein Überwechseln aus der privaten Pflegeversicherung zur sozialen Pflegeversicherung sollte gerade nicht unterbunden werden (vgl. § 33 Abs. 3 und § 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c). Bestand in den letzten zehn Jahren keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der GKV und hat die dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit nur untergeordnete Bedeutung, so begründet dies die widerlegbare Vermutung, dass die die Versicherungspflicht begründenden Tatbestände nach Abs. 1 Nr. 1 (Aufnahme eines entgeltlichen Beschäftigungsverhältnisses), Nr. 3 (Tätigkeit als Landwirt) oder Nr. 4 (Tätigkeit als selbstständiger Künstler oder Publizist) tatsächlich nicht vorliegen. Die Rahmenfrist von zehn Jahren ist damit Voraussetzung für die Anwendung der Vermutungsregelung. Weiter ist Voraussetzung, dass eine Beschäftigung oder Tätigkeit von „**untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung**“ aufgenommen wird. Was hierunter zu verstehen ist, definiert § 20 Abs. 4 nicht. Der wirtschaftliche Stellenwert der Beschäftigung oder Tätigkeit wird daher nach dem Sinnzusammenhang

der Regelung in erster Linie aus der Sicht des Betroffenen beurteilt werden müssen. Vor allem bei einer Beschäftigung bei Familienangehörigen soll nach der im Gesetzgebungsverfahren geäußerten Vorstellung eine untergeordnete wirtschaftliche Bedeutung dann anzunehmen sein, wenn die Höhe des Arbeitsentgelts nicht in einem angemessenen Verhältnis zur Arbeitsleistung steht oder die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße (vgl. § 18 SGB IV) nicht übersteigt (BT-Drs. 12/5262, 103/104, zu § 18 Abs. 4 E). Der Begriff des Familienangehörigen ist dabei nach dem Sinn und Zweck der Regelung weit auszulegen und umfasst neben Eltern und Kindern etwa auch verschwägte Angehörige. Maßgeblich ist zudem, ob und in welchem Umfang die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit tatsächlich ausgeübt wird. Die Vermutung ist – bei Erbringung des vollen Nachweises über das Bestehen eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses – widerlegbar. Zu Umgehungsmöglichkeiten über den Bezug von Alg bzw. Bürgergeld vgl. BeckOK SozR/Ulmer Rn. 16.

IX. Übergangsrecht

Art. 42 Abs. 1 S. 1 PflegeVG sieht die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung vor, wenn bei Inkrafttreten des PflegeVG eine private Pflegeversicherung bestand; auch wenn diese den Anforderungen des SGB XI nicht entsprach. Der Versicherungsvertrag musste vor dem 23.6.1993, dem Zeitpunkt der Kabinettsentscheidung über den Entwurf des PflegeVG, abgeschlossen worden sein. Die Befreiung setzte einen Antrag des Versicherungspflichtigen bei der für ihn zuständigen Pflegekasse voraus, der bis zum 31.3.1995 (Art. 42 Abs. 2 S. 1 PflegeVG) gestellt werden musste. Personen, die mit dem Inkrafttreten der §§ 20, 21 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig geworden sind oder für die nach § 25 eine Familienversicherung eingetreten ist und die keinen Befreiungsantrag gestellt haben, konnten den Versicherungsvertrag mWv Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen (Art. 42 Abs. 3 PflegeVG). Versicherungsverträge, die den Anforderungen des § 23 nicht genügten, mussten bis zum 31.12.1995 angepasst werden (Art. 42 Abs. 1 S. 3 und 4 PflegeVG), andernfalls trat bei den Betroffenen ab 1.1.1996 wieder Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, wenn die Voraussetzungen der §§ 20, 21 zu diesem Zeitpunkt vorlagen. Außerdem hatten die privaten Versicherungsunternehmen die Betroffenen dem Bundesversicherungsamt bis zum 31.3.1996 zu melden (Art. 42 Abs. 4 PflegeVG; vgl. auch die Bußgeldvorschrift in § 121 Abs. 1 Nr. 5).

§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

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

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, bis zu deren Außerkrafttreten einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung hatten,
- 1a. nach § 42 Absatz 2, 3 oder 4 des Vierzehnten Buches leistungsberechtigt sind,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. nach § 145 Absatz 2 Nummer 4 des Vierzehnten Buches [ab 1.1.2025: oder nach § 84 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 4 des Soldatenent-

schädigungsgesetzes] ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz weiter erhalten oder Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches beziehen,

4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind, wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Allgemeines	3
IV. Versicherungspflichtiger Personenkreis (Nr. 1–6)	5
1. Anspruch auf Heilbehandlung nach dem BVG (Nr. 1)	6
2. Leistungsberechtigte nach § 42 Abs. 2–4 SGB XIV	9
3. Bezug laufender Leistungen nach besonderen Vorschriften (Nr. 2)	10
4. Bezug von Hilfen im Rahmen der Kriegsofferfürsorge (Nr. 3) ..	11
5. Bezug von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Nr. 4)	13
6. Berechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (Nr. 5)	14
7. Soldaten auf Zeit (Nr. 6)	15
V. Übergangsrecht	16

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG vom 26.5.1994 (BGBl. I 1014) eingeführt worden. Sie war im RegE nicht enthalten und ist aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses eingefügt worden (BT-Drs. 12/5920, 28 ff.); zur Begründung vgl. BT-Drs. 12/5952, 37. Eine erste Änderung seither erfolgte mWv 1.1.2024 durch Art. 39 Nr. 3 Buchst. a, b des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019 (BGBl. I 2652). Hierdurch wurde in Nr. 1 die Begrenzung auf das „Außerkräfttreten“ des BVG und eine Neuformulierung von § 21 Nr. 3 vorgenommen. Ebenfalls mWv 1.1.2024 wurde Nr. 1a in § 21 durch Art. 8 Nr. 2 des Gesetzes zur Anpassung des Zwölften und des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze vom 22.12.2023 (BGBl. I Nr. 408) eingefügt. Erst mWv 1.1.2025 erfolgt die Änderung von § 21 Nr. 3 durch Art. 46 Nr. 3 des Gesetzes über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20.8.2021 (BGBl. I 3932). Hierdurch erfolgt die Erweiterung um § 84 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 4 SEG.

II. Normzweck

- 2 § 21 begründet Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für einen zahlenmäßig relativ unbedeutenden Personenkreis, der **weder der GKV noch der privaten Krankenversicherung** angehört. Die Regelung weicht damit von dem die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung sonst beherrschenden Grundsatz Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung (hierzu → § 20 Rn. 4) ab. Dies

wurde damit gerechtfertigt, dass das Ziel, möglichst die gesamte Bevölkerung in den Versicherungsschutz einzubeziehen, weitgehend verwirklicht werden sollte, soweit dies nicht mit übermäßigen organisatorischen Schwierigkeiten verbunden ist (BT-Drs. 12/5952, 37). Erfasst wird daher ein Personenkreis, der zwar grundsätzlich nicht in Krankenversicherung-Einrichtungen organisiert ist, aber aus anderen Gründen Leistungen im Krankheitsfall erhält und deshalb von dem jeweiligen Leistungsträger ohne großen Aufwand ermittelt werden kann (zu den speziellen Meldepflichten dieser Träger vgl. § 50 Abs. 2). Der Gesetzgeber sah einen weiteren Anknüpfungspunkt für die Begründung einer Versicherungspflicht darin, dass der erfasste Personenkreis nach den in der Vorschrift genannten speziellen Regelungen zwar im Krankheitsfall, nicht aber für den Pflegefall gesichert sei (BT-Drs. 12/5952, 37). Dies vermag zwar die Versicherungspflicht im Grundsatz zu rechtfertigen, zweifelhaft dürfte jedoch sein, ob es bei diesem Personenkreis der zwangsweisen Zuordnung zu der sozialen Pflegeversicherung bedurfte. Wenn schon den freiwilligen Mitgliedern der GKV trotz ihrer Bindung an die Sozialversicherung eine **Befreiungsmöglichkeit** eingeräumt wurde (§ 22), ist der Ausschluss einer Wahlmöglichkeit für den in § 21 genannten Personenkreis zugunsten der privaten Pflegeversicherung nicht zu begründen. Der letzte Hs. der Vorschrift räumt der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 und 3 sowie nach § 23 den Vorrang ein: Versicherungspflicht nach § 21 tritt nur ein, wenn weder in der GKV noch in der PKV Versicherungsschutz besteht. Zum Konkurrenzverhältnis, wenn eine Person mehrere Tatbestände nach Nr. 1–6 erfüllt vgl. BeckOGK/Peters Rn. 18.

III. Allgemeines

Erfasst werden nur Personen, die ihren **Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt** 3 im Bundesgebiet haben (vgl. § 30 SGB I). Anders als bei dem Rentenbezug, der bei entsprechenden zwischenstaatlichen oder supranationalen Regelungen unabhängig vom Inlandswohnsitz Versicherungspflicht begründet, ist damit bei einem Bezug der in § 21 genannten Leistungen eine mögliche Diskrepanz zwischen Versicherungspflicht und Leistungsberechtigung vermieden worden. Weiter verlangt § 21, dass **weder** eine Absicherung gegen das Risiko der Krankheit in der **GKV noch in der PKV** besteht und der Betroffene einem der in § 21 Nr. 1–6 **abschließend aufgeführten Personenkreise** angehört. Gehören beide Ehegatten einer der in § 21 aufgeführten Gruppe von Leistungsbeziehern an, so kann einer von beiden unter den Voraussetzungen von § 25 familienversichert sein (BT-Drs. 12/5952, 37). Dabei bietet es sich an – vergleichbar der GKV – von einem Wahlrecht auszugehen (vgl. hierzu BeckOGK/Peters Rn. 19).

§ 49 Abs. 1 enthält eine Regelung bezüglich des **Beginns und des Endes** einer 4 durch § 21 begründeten Mitgliedschaft. **Zuständig** ist die Pflegekasse, die bei der Krankenkasse errichtet ist, die von den Trägern der in § 22 aufgeführten Sozialleistungen mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist (§ 48 Abs. 2 S. 1). Soweit eine beauftragte Krankenkasse nicht besteht, kann der Betroffene die Pflegekasse nach Maßgabe von § 48 Abs. 3 selbst bestimmen (§ 48 Abs. 2 S. 2). Die gleiche Wahlmöglichkeit hat der in § 21 Nr. 6 genannte Personenkreis (Soldaten auf Zeit), vgl. § 48 Abs. 3. Die **Melde- und Auskunftspflichten** für den von § 21 erfassten Personenkreis sind in § 50 Abs. 2 geregelt. Zur **Beitragsstragung** vgl. § 59 Abs. 3 und 4.

IV. Versicherungspflichtiger Personenkreis (Nr. 1–6)

Nach § 21 sind Personen, bei denen einer der in Nrn. 1–6 aufgeführten Tatbestände eintritt, nur dann in der sozialen Pflegeversicherung verspflichtig, wenn sie

weder in der GKV (dann greift die Versicherungspflicht nach § 21) noch in der privaten Krankenversicherung (dann greift die Versicherungspflicht nach § 23) gegen das Risiko Krankheit versichert sind (letzter Hs.).

1. Anspruch auf Heilbehandlung nach dem BVG (Nr. 1)

- 6 **Nr. 1** begründet Versicherungspflicht für Personen, die (allein) nach dem BVG (§§ 10–24a BVG) einen Anspruch auf Kranken- oder Heilbehandlung haben bzw. hatten (ab dem 1.1.2024). Beschädigten (und unter den Voraussetzungen von § 10 Abs. 4 BVG ihren Familienangehörigen) wird Heilbehandlung für Gesundheitsstörungen gewährt, die als Folge einer Schädigung iSd BVG anerkannt oder durch anerkannte Schädigungsfolgen verursacht worden sind. Schwerbeschädigte (Beschädigte mit einem GdS von mindestens 50, vgl. § 31 Abs. 2 BVG) erhalten umfassende Heilbehandlung auch wegen solcher Gesundheitsstörungen, die nicht Folge einer anerkannten Schädigung sind. Der Heilbehandlungsanspruch besteht bei beiden Gruppen von Beschädigten unabhängig davon, ob sie Mitglied der GKV sind oder nicht. Für die Erbringung der Leistungen ist zumeist die Krankenkasse zuständig, der der Berechtigte angehört. Fehlt es an einer Mitgliedschaft in der GKV, so ist hierfür die AOK des Wohnortes zuständig. Nr. 1 erfasst nur die Leistungsberechtigten, die nicht Mitglied der GKV sind, wobei kein Unterschied zwischen Schwerbeschädigten (mit umfassendem Heilbehandlungsanspruch) und anderen Beschädigten gemacht wird.
- 7 Nr. 1 bezieht auch den Personenkreis ein, dessen Heilbehandlungsanspruch nach dem BVG in anderen Gesetzen begründet ist, die wegen der Heilbehandlung auf das BVG verweisen. Eine **entsprechende Anwendung des BVG** sehen zB vor: § 4 HHG, § 60 Abs. 4 IfSG, § 1 Abs. 1 OEG, § 21 StrRehaG, § 80 SVG, § 3 VwRehaG, § 47 Abs. 1 ZDG.
- 8 In Folge des Inkrafttretens des SGB XIV zum 1.1.2024 und der damit verbundenen Aufhebung des BVG bezieht sich Nr. 1 ab dem 1.1.2024 nur noch auf die Personen, die bis zum 31.12.2023 einen Anspruch nach dem BVG oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsahen, hatten (vgl. BT-Drs. 19/13824, 266).

2. Leistungsberechtigte nach § 42 Abs. 2–4 SGB XIV

- 9 Nr. 1a erfasst Personen (Geschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 50 oder höher für Nichtschädigungsfolgen, Angehörige und Nahestehende von Geschädigten sowie Hinterbliebene von Geschädigten), die gem. § 42 Abs. 2–4 SGB XIV, der Nachfolgeregelung zu § 10 Abs. 2, 4 BVG, nach Ermessensentscheidung einen Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V haben. Diesen fehlt eine formale Versicherung in der GKV mit der Folge, dass keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt. Entsprechend der zuvor bestehenden Absicherung der nach § 10 Abs. 2–4 BVG Berechtigten über § 21 Nr. 1 wurde es daher als sachgerecht angesehen, die soziale Pflegeversicherung durch die Einfügung der Nr. 1a in § 21 auch auf die von der Nachfolgeregelung des § 42 Abs. 2–4 SGB XIV erfassten Personenkreise zu erstrecken (BT-Drs. 20/8344, 47).

3. Bezug laufender Leistungen nach besonderen Vorschriften (Nr. 2)

- 10 Nr. 2 stellt alternativ auf den Bezug folgender Leistungen ab: **Kriegsschadenrente** oder vergleichbare Leistungen nach dem LAG (iF der Bek. vom 2.6.1993, BGBl. I 845, zuletzt geändert durch Art. 7 des Gesetzes zur Beendigung der Sonderzuständigkeit der Familienkassen des öffentlichen Dienstes im Bereich des Bundes vom 8.12.2016, BGBl. I 2835) oder dem ReparationsschädenG (vom 12.2.1969,

BGBI. I 105 – aufgehoben durch Art. 8 Nr. 1 des Gesetzes zur Änderung und Bereinigung des Lastenausgleichsrechts vom 21.6.2006, BGBl. I 1323) oder laufende Beihilfe nach dem FlüchtlingshilfG (vom 15.5.1971, BGBl. I 681, zuletzt geändert durch Art. 6a des 34. ÄndG LAG vom 21.7.2004, BGBl. I 1742). Kriegsschadenrente nach § 276 LAG wird in zwei Formen gewährt: in der Form der Unterhalts-hilfe, die mit einem Anspruch auf Krankenversorgung verbunden ist und in der Form der Entschädigungsrente, die einen Anspruch auf Krankenversorgung nicht umfasst. Der AuS-Ausschuss (BT-Drs. 12/5920, 37) ist davon ausgegangen, dass die Empfänger beider Rentenarten von Nr. 2 erfasst werden, obwohl die Entschädi-gungsrente nicht mit einem Krankenversorgungsanspruch verbunden ist und deshalb an sich das wesentliche Kriterium für die Einbeziehung nichtversicherter Personen in den nach § 21 verspflichtigten Personenkreis fehlt.

4. Bezug von Hilfen im Rahmen der Kriegsoferfürsorge (Nr. 3)

11 Bis 31.12.2023 bezog sich Nr. 3 auf Personen, die ergänzende Hilfe zum Lebens-unterhalt im Rahmen der Kriegsoferfürsorge beziehen. Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der **Kriegsoferfürsorge** nach dem BVG (dort § 27a) ist eine sozialhilfeähnliche Leistung, die Beschädigten und Hinterbliebenen in Ergänzung der übrigen Leistungen nach dem BVG gewährt wird. Sie ist wie die Sozialhilfe einkommensabhängig. Zu den Leistungen der Kriegsoferfürsorge zählt auch Krankenhilfe (§ 26b BVG). Zum Anspruch auf Pflegeleistungen im Rahmen der Kriegsoferfürsorge vgl. § 26c BVG.

12 Als Folgeänderung (vgl. BT-Drs. 19/13824, 266) zu der Aufhebung des BVG und des Inkrafttretens des SGB XIV zum 1.1.2024 wurde Nr. 3 ab diesem Zeitpunkt entsprechend angepasst und nimmt Bezug auf § 145 Abs. 2 Nr. 4 SGB XIV, welcher seinerseits auf § 27a BVG in der am 31.12.2023 geltenden Fassung Bezug nimmt, sowie auf § 93 SGB XIV, der nunmehr die Leistungen zum Lebensunterhalt zum Gegenstand hat. Aufgrund der Aufhebung des BVG und des Inkrafttretens des SGB XIV wurde auch die gesetzliche Anpassung der Beschädigtenversorgung der Soldatinnen und Soldaten als notwendig angesehen (vgl. BT-Drs. 19/27523, 184). Mit Wirkung vom 1.1.2025 tritt daher das SEG in Kraft. Infolgedessen wird Nr. 3 ab diesem Zeitpunkt um den Verweis auf § 84 Abs. 1 SEG iVm § 84 Abs. 2 Nr. 4 SEG ergänzt (vgl. BT-Drs. 19/27523, 283).

5. Bezug von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (Nr. 4)

13 **Nr. 4** begründet Versicherungspflicht für Personen, die laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) beziehen. Vgl. im Einzelnen §§ 39, 40 SGB VIII. Wird bei einem Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII die Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 S. 1 SGB V übernommen, zieht dies Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 21 Nr. 4 nach sich (BayLSG 12.4.2010 – L 8 B 997/08 SO, juris Rn. 12 = BeckRS 2010, 70480). Übernimmt das Jugendamt gem. § 40 S. 2 SGB VIII die Beiträge für eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV, so wird die Versicherungspflicht bereits durch § 20 Abs. 3 begründet.

6. Berechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (Nr. 5)

14 Personen, die nach dem BEG (§§ 141a f. BEG) krankenversorgungsberechtigt sind, unterliegen ebenfalls der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversiche-rung (**Nr. 5**).

7. Soldaten auf Zeit (Nr. 6)

- 15 Soldaten auf Zeit (Nr. 6) sind in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Sie werden damit anders behandelt als Berufssoldaten und Wehrpflichtige. Berufssoldaten sind nach § 23 Abs. 4 Nr. 1 in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Wehrpflichtige bleiben, obgleich ihre Leistungsansprüche wegen des Anspruchs auf freie Heilfürsorge ruhen (§ 16 Abs. 1 Nr. 2 SGB V), gem. § 193 SGB V Mitglied der GKV, wenn sie ihr bereits vor Antritt des Wehrdienstes angehört haben. Gegebenenfalls bleibt eine Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 Abs. 4 bestehen. Zeitsoldaten haben während ihrer aktiven Dienstzeit einen Anspruch auf freie Heilfürsorge (dies wirkt sich gem. § 55 Abs. 1 S. 2 iVm § 28 Abs. 2 auf den Beitragssatz aus). Sie sind daher gem. § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in der GKV versicherungsfrei und grundsätzlich nicht Mitglied der GKV, sofern nicht eine freiwillige Mitgliedschaft gewählt wird. Nr. 6 geht von dem Regelfall aus, dass der Zeitsoldat nach Abschluss seiner Dienstzeit wieder in ein verspflichtiges Beschäftigungsverhältnis eintritt und eine Zuordnung zur sozialen Pflegeversicherung deshalb sachgerecht ist (BT-Drs. 12/5952, 37). Besteht dagegen schon vor Dienstantritt ein privater Krankenversicherungs-Vertrag, der während der Dienstzeit durch eine Anwartschafts- oder Ruhensversicherung aufrechterhalten wird, so ist das private Versicherungsunternehmen auch für die Pflegeversicherung zuständig. Die an sich weitergehenden Voraussetzungen von § 23 Abs. 1 müssen in Anbetracht des Grundsatzes „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ (vgl. hierzu → § 20 Rn. 4) mit dieser Bindung an die Privatversicherung als erfüllt angesehen werden (Lutter BARBl. 1994, 24 (26)).

V. Übergangsrecht

- 16 Art. 42 Abs. 1 PflegeVG räumt dem von § 21 erfassten Personenkreis nur dann ein Befreiungsrecht ein, wenn bei Inkrafttreten des PflegeVG eine private Pflegeversicherung bestand, die vor dem 23.6.1993 abgeschlossen wurde. Der Antrag war bis zum 31.3.1995 zu stellen (Art. 42 Abs. 2 S. 1 PflegeVG). Bei Eintritt von Versicherungspflicht aufgrund von § 21 kann der private Pflegeversicherungs-Vertrag gekündigt werden (Art. 42 Abs. 3 PflegeVG).

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

(1) ¹Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht für Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft gemäß § 176 Absatz 1 des Fünften Buches als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches gilt, sofern sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und sie ohne die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches versicherungspflichtig wären. ²Sofern ein Mitglied bereits gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist, gilt die Versicherungspflicht nach Satz 1 als erfüllt.

(2) ¹Die in § 176 Absatz 1 des Fünften Buches genannten Solidargemeinschaften haben bei ihren Mitgliedern unverzüglich abzufragen, ob sie in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind. ²Die Mitglieder einer Solidargemeinschaft sind verpflichtet, der Solidargemeinschaft innerhalb von drei Monaten nach der Abfrage das Vorliegen eines Pflegeversicherungsschutzes nachzuweisen oder mitzutei-

len, dass kein Versicherungsschutz besteht. ³Wird kein Pflegeversicherungsschutz innerhalb der Frist nach Satz 2 nachgewiesen, hat die Solidargemeinschaft das Mitglied unverzüglich aufzufordern, sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu versichern und einen Nachweis darüber innerhalb von sechs Wochen vorzulegen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Aufbau	2
III. Allgemeines	5
IV. Versicherungspflichtiger Personenkreis (Abs. 1)	6
V. Pflichten der Solidargemeinschaft und ihrer Mitglieder (Abs. 2)	10
VI. Übergangsrecht	13

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 9.6.2021 durch Art. 5 Nr. 4 DVPMG (BGBl. I 1309) 1 vom 3.6.2021 neu in das SGB XI eingefügt worden. Eine Änderung hat die Norm seither nicht erfahren.

II. Normzweck und Aufbau

§ 21a ist im Zusammenhang mit der ebenfalls mWv 9.6.2021 durch Art. 1 Nr. 17 2 DVPMG in das SGB V neu eingefügten Regelung des § 176 SGB V zu sehen, die eine Bestandsschutzregelung für Solidargemeinschaften enthält. Danach gilt die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft nur dann als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall iSv § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch iSv § 193 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 VVG, wenn die Solidargemeinschaft am 20.1.2021 bereits bestanden hat und die weiteren in § 176 Abs. 1 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Da die Solidargemeinschaften nur eine Absicherung im Krankheitsfall, nicht jedoch im Pflegefall vorsehen, normiert Abs. 1 eine Versicherungspflicht für deren Mitglieder unter den in der Norm genannten Voraussetzungen. Damit wird der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ (→ § 20 Rn. 4) auf die Solidargemeinschaften iSv § 176 SGB V erweitert.

Einen weiteren Versicherungspflichttatbestand neben § 21a sieht § 23 Abs. 4a 3 vor. Für die Abgrenzung von § 21a und § 23 Abs. 4a ist maßgeblich, ob das Mitglied der Solidargemeinschaft ohne diese Mitgliedschaft der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung zuzuordnen wäre. Würde dieses ohne die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft die Voraussetzungen des § 5 Abs. S. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen, erfolgt eine Zuordnung zur GKV und damit der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 21a. Wäre das Mitglied ohne die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft nach § 193 Abs. 3 VVG zum Abschluss einer privaten Krankheitskostenversicherung verpflichtet, unterfällt es der Versicherungspflicht in der privaten Pflege-Pflichtversicherung gem. § 23 Abs. 4a. Die Versicherungspflicht gilt dabei auch als erfüllt, wenn das Mitglied bereits in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist (zB im Rahmen einer freiwilligen Weiterversicherung nach § 26 Abs. 1 oder auf der Grundlage des Beitrittsrechts nach § 26a), das das Ziel, dass die Mitglieder von Solidargemeinschaften über einen Pflegeversicherungsschutz im Umfang der in dem SGB XI vorgesehenen Leis-

tungen verfügen, erreicht ist (BT-Drs. 19/27652, 142). Nicht als gleichwertige Alternative ist eine Absicherung der Pflegekosten durch die Solidargemeinschaft selbst vorgesehen (vgl. hierzu Hahn NZS 2022, 81 (86)). Eine entsprechende Regelung hatte der Dachverband der Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen (BASSG) im Rahmen einer Stellungnahme an den Ausschuss für Gesundheit zum DVPMG vorgeschlagen (Ausschussdrucksache 19(14)313(26), abrufbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/834076/272c6aa69bb667a15ab2833932dff017/19_14_0313-26-_Dachverband-der-Solidargemeinschaften-im-Gesundheitswesen-e-V-_DVPMG-data.pdf – letzter Abruf im Januar 2024).

- 4 § 21 Abs. 2 enthält Regelungen zu den Verpflichtungen der Solidargemeinschaft einerseits und denen der Mitglieder andererseits im Zusammenhang mit dem Nachweis und dem Bestehen einer privaten Pflege-Pflichtversicherung.

III. Allgemeines

- 5 Durch § 176 SGB V wurden die Mitgliedschaften von Solidargemeinschaften anerkannt, die zum Stichtag (20.1.2021) bereits bestanden. Für nach diesem Stichtag neu gegründete Solidargemeinschaften sollte eine gesetzliche Anerkennung hingegen ausgeschlossen werden, da an dem dualen Krankenversicherungssystem (gesetzliche und private Krankenversicherung) festgehalten und die Einrichtung einer neuen Versicherungssäule ausgeschlossen werden sollte (BT-Drs. 19/27652, 109). Zum Schutz der bestehenden Krankenversicherungssysteme wurden daher in § 176 SGB V Voraussetzungen an die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft normiert (vgl. § 176 Abs. 3 SGB V).

IV. Versicherungspflichtiger Personenkreis (Abs. 1)

- 6 Voraussetzung der Versicherungspflicht nach § 21a ist die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft iSd § 176 SGB V. Zudem müssen die weiteren Voraussetzungen des § 176 Abs. 1 S. 1 SGB V vorliegen, da nur bei Vorliegen dieser Bedingungen eine „anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“ iSv § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vorliegt. Nicht ausreichend ist es, wenn eine Person selbst nicht Mitglied der Solidargemeinschaft, sondern gemäß der Satzung lediglich „zuwendungsberechtigter“ Familienangehöriger eines Mitglieds ohne eigene Rechte ist und der Vorstand der Solidargemeinschaft nach freiem „Ermessen“ über die Gewährung von Zuwendungen an die Familienangehörigen entscheidet (vgl. LSG BW 27.6.2023 – L 11 KR 659/22, BeckRS 2023, 15946).
- 7 Weitere Voraussetzung der Versicherungspflicht nach § 21a ist, dass das Mitglied der Solidargemeinschaft seinen Wohnsitz (§ 30 Abs. 3 S. 1 SGB I) oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt (§ 30 Abs. 3 S. 2 SGB I) in Deutschland hat.
- 8 Schließlich knüpft § 21a die Versicherungspflicht daran, dass ohne die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bestünde. Eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1–12 SGB V hat somit Vorrang und kann durch die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft nicht verdrängt werden (vgl. BT-Drs. 19/27652, 110).
- 9 Abs. 1 S. 2 enthält eine gesetzliche Fiktion dahingehend, dass die Versicherungspflicht als erfüllt gilt, wenn das Mitglied bereits gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist. Der Wortlaut „bereits“ verdeutlicht, dass die Fiktion nur dann greift, wenn das Mitglied der Solidargemeinschaft im Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht nach Abs. 1 S. 1 schon in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist (so auch BeckOK SozR/Baumeister Rn. 19).

V. Pflichten der Solidargemeinschaft und ihrer Mitglieder (Abs. 2)

Abs. 2 S. 1 verpflichtet die Solidargemeinschaften bei ihren Mitgliedern unverzüglich abzufragen, ob sie in der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind. Unverzüglich ist iSv § 121 BGB als „ohne schuldhaftes Verzögern“ zu verstehen und bezieht sich auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung. Hierdurch soll zeitnah nach Inkrafttreten der Regelung geklärt werden, ob die Mitglieder der Solidargemeinschaft bereits Versicherungsschutz haben (vgl. BT-Drs. 19/27652, 142).

Die Mitglieder sind ihrerseits gem. Abs. 2 S. 2 verpflichtet, der Solidargemeinschaft innerhalb von drei Monaten nach der Abfrage das Vorliegen eines Versicherungsschutzes nachzuweisen oder mitzuteilen, dass kein Versicherungsschutz besteht.

Erbringt das Mitglied nicht binnen der Frist von drei Monaten nach Abs. 2 S. 2 den Nachweis über einen Versicherungsschutz oder teilt es mit, dass ein solcher nicht besteht, hat die Solidargemeinschaft das Mitglied gem. Abs. 2 S. 3 aufzufordern, sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu versichern und insoweit innerhalb von sechs Wochen einen entsprechenden Versicherungsnachweis zu erbringen. Das Mitglied kann sich grundsätzlich an eine Pflegekasse seiner Wahl wenden. Kommt das Mitglied der Aufforderung nicht nach, kommt eine Kündigung der Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft letztlich nicht in Betracht, da eine solche gem. § 176 Abs. 2 S. 3 SGB V nur wirksam wird, wenn das Mitglied das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Obschon der Referentenentwurf zu dem GVWG, der statt § 21a eine Ergänzung von § 21 vorsah, in § 50 Abs. 2 Nr. 7 eine Meldepflicht der Solidargemeinschaften für Mitglieder, die das Bestehen eines Pflegeversicherungsschutzes nicht nachgewiesen haben enthielt, ist eine Meldepflicht (zB auch § 51 vergleichbar) für den Fall, dass innerhalb der Frist kein Versicherungsnachweis vorgelegt wird, nunmehr nicht vorgesehen (vgl. hierzu Hahn NZS 2022, 81 (86)). Vgl. zu Bußgeldvorschriften → § 121.

VI. Übergangsrecht

Übergangsrecht besteht nicht.

13

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) ¹Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. ²Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. ³Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) ¹Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. ²Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn

des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. ³Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Voraussetzungen der Befreiung	3
IV. Befreiungsverfahren und die Auswirkungen der Befreiungsentscheidung durch die Pflegekasse (Abs. 2)	5
V. Übergangsrecht (Art. 41 Abs. 1 PflegeVG)	6

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie war im RegE noch nicht enthalten und beruht auf der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses (§ 20 des RegE wurde in der Ausschussfassung § 20a, BT-Drs. 12/5920, 28 f.). Zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 37 f. Durch Art. 3 § 56 Nr. 4 des Gesetzes vom 16.2.2001 (BGBl. I 266) wurde mWv 1.8.2001 in Abs. 1 S. 1 hinter „ihre Angehörige“ die Worte „oder Lebenspartner“ eingefügt. Seither erfolgte keine Änderung der Vorschrift.

II. Normzweck

- 2 § 22 erlaubt eine Durchbrechung des Grundsatzes „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ (hierzu → § 20 Rn. 4) für **freiwillige Mitglieder der GKV**, deren Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung durch § 20 Abs. 3 begründet wird. Die Befreiungsmöglichkeit wurde offensichtlich aus verfassungsrechtlichen Gründen für geboten gehalten. Ein Personenkreis, dem es (früher) freistand, ob er das Risiko Krankheit überhaupt versichert, sollte in Bezug auf das Risiko Pflege nicht zwangsweise an die soziale Pflegeversicherung gebunden werden (BT-Drs. 12/5952, 37). Pflichtversicherte Mitglieder der GKV konnten sich dagegen nur während einer Übergangszeit unter den Voraussetzungen von Art. 42 PflegeVG von der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Wird von der Möglichkeit der Befreiung Gebrauch gemacht, fallen Krankenversicherung und Pflegeversicherung auseinander und ist folglich der Grundsatz Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung dahingehend durchbrochen, dass die Krankenversicherung in der GKV und die Pflegeversicherung in der privaten Pflegeversicherung besteht.

III. Voraussetzungen der Befreiung

- 3 Voraussetzung der Befreiung ist zunächst, dass es sich um ein **freiwilliges Mitglied** der GKV handelt, das nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig ist.
- 4 Weiter ist der Nachweis einer privaten Pflegeversicherung für den Antragsteller und ggf. für die Familienangehörigen oder Lebenspartner, die in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 25 familienversichert wären, zu erbringen. Es müssen aufgrund der privaten Pflegeversicherung Leistungen beansprucht werden können, die nach Art und Umfang den Leistungen nach §§ 28–45f **gleichwertig** (zu den Anforderungen an die Gleichwertigkeit vgl. → § 23 Rn. 25 ff.) sind. § 110 Abs. 1 Nr. 1 Hs. 1 sieht einen entsprechenden Kontrahierungszwang der privaten Versicherungsunter-

nehmen vor. Die Befreiung von der privaten Pflegeversicherung ist gem. § 22 Abs. 1 S. 2 mit der Verpflichtung verbunden, den Versicherungsvertrag dort so lange aufrecht zu erhalten, wie eine Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) besteht. Eine Verletzung dieser Pflicht stellt gem. § 121 Abs. 1 Nr. 1 eine Ordnungswidrigkeit dar. Diese ausdrückliche Regelung spricht dafür, keine weiteren Folgen an eine Verletzung dieser Pflicht zu knüpfen (hierzu BeckOGK/Peters Rn. 22). **Beihilfeberechtigte Personen**, die freiwillig Mitglied der GKV sind, müssen – entsprechend § 23 Abs. 3 – den Abschluss einer entsprechenden **anteiligen** Versicherung nachweisen (Abs. 1 S. 3). Eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV ist beihilfeberechtigten Personen, sofern sie im Zeitpunkt des Beitritts die Voraussetzungen von § 9 SGB V erfüllen, nicht verwehrt, wirtschaftlich jedoch zumeist mit dem Nachteil der vollen Beitragstragung verbunden. In der Regel sind beihilfeberechtigte Personen daher in der privaten Krankenversicherung teilkostenversichert. Wegen weiterer Einzelheiten vgl. → § 23 Rn. 9 ff. Zur Beitragsbemessung von beihilfeberechtigten Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung vgl. § 55 Abs. 1 S. 3.

IV. Befreiungsverfahren und die Auswirkungen der Befreiungsentscheidung durch die Pflegekasse (Abs. 2)

Die Befreiung erfolgt auf Antrag. Diesen kann im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses nur der versicherungspflichtig gewordene Arbeitnehmer stellen, nicht der Arbeitgeber; der Arbeitgeber ist in einem Rechtsstreit zwischen dem Arbeitnehmer und der Pflegekasse regelmäßig notwendig beizuladen (vgl. LSG BW 23.9.2022 – L 4 KR 3763/20, BeckRS 2022, 26488 Rn. 36 f. zu § 8 SGB V). Der Antrag auf Befreiung kann nur innerhalb einer **Ausschlussfrist** (BT-Drs. 12/5952, 37) von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse und nur einheitlich für das in der GKV versicherte Mitglied und dessen Familienangehörigen oder Lebenspartner gestellt werden (zum Übergangsrecht vgl. → Rn. 6). Mit „Versicherungspflicht“ ist die Versicherungspflicht als freiwilliges Mitglied der GKV nach § 20 Abs. 3 gemeint. Endet eine Pflichtversicherung in der GKV, etwa wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze, und setzt der Betroffene die Mitgliedschaft freiwillig fort, so ist auf den Zeitpunkt der Änderung des Mitgliedsstatus abzustellen. Dass die Frist von drei Monaten eine Ausschlussfrist darstellt, steht einer Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nicht generell entgegen (so auch BeckOGK/Peters § 20 Rn. 16; BeckÖK SozR/Baumeister Rn. 7; jurisPK-SGB XI/Klein Rn. 16; Krauskopf/Vossen Rn. 8; aA Hauck/Noftz/Luthe Rn. 13). Die von der zuständigen Pflegekasse zu treffende und bei Vorliegen der Voraussetzungen – trotz der etwas unglücklichen Formulierung „können“ – nicht in ihrem Ermessen stehende Befreiungsentscheidung wirkt von dem Beginn der Versicherungspflicht an, sofern seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen wurden. Wurden in der Zwischenzeit bereits Leistungen beansprucht, tritt die Befreiung erst mit Beginn des Kalendermonats ein, der auf die Antragstellung folgt (Abs. 2 S. 2). Nach Eintritt der Bestandskraft der Befreiungsentscheidung ist ein Widerruf ausgeschlossen (Abs. 2 S. 3). Dies wirkt sich auch auf die Familienangehörigen oder Lebenspartner aus: Solange ein Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung bestünde (§ 25), kann die Befreiung auch hinsichtlich der familienversicherten Angehörigen oder Lebenspartner nicht widerrufen werden. Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung kann danach erst wieder eintreten, wenn einer der die Versicherungspflicht begründenden Tatbestände aus § 20 vorliegt. Wird von der Möglichkeit der Befreiung Gebrauch gemacht, besteht unter den Voraussetzungen des § 61 ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss.

V. Übergangsrecht (Art. 41 Abs. 1 PflegeVG)

- 6 Art. 41 Abs. 1 PflegeVG verlängert die Frist für die Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung bei Personen, die am 1.1.1995 in der GKV freiwillig versichert waren, von drei auf sechs Monate.

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(1) ¹Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, versichert sind, sind vorbehaltlich des Absatzes 2 verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. ²Der Vertrag muß ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht für sie selbst und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. ³Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

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

(3) ¹Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind. ²Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, daß ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für

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

(4a) ¹Die Absätze 1 und 3 gelten entsprechend für Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft gemäß § 176 Absatz 1 des Fünften Buches als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt und die ohne die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes verpflichtet wären, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen. ²Eine Kündigung des Versicherungsvertrages wird bei

fortbestehender Versicherungspflicht erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. ³Sofern ein Mitglied bereits gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist, gilt die Versicherungspflicht nach Satz 1 als erfüllt. ⁴ § 21a Absatz 2 bleibt unberührt.

(5) Die Absätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 74 Satz 1 Nummer 1 des Vierzehnten Buches oder Pflegeleistungen für Geschädigte nach § 146 Absatz 2 des Vierzehnten Buches in Verbindung mit § 43 des Elften Buches, nach § 44 des Siebten Buches, [ab 1.1.2025: nach § 16 Nummer 8 des Soldatenentschädigungsgesetzes in Verbindung mit § 17 des Soldatenentschädigungsgesetzes,] nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde.

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Vereinbarkeit der Norm mit dem Verfassungsrecht	3
IV. Verhältnis zum privaten Versicherungsrecht	4
V. Versicherungspflicht	5
1. Versicherungspflicht privat Krankenversicherter (Abs. 1 S. 1 und 2) ..	6
2. Versicherungspflicht Beihilfeberechtigter (Abs. 3)	9
3. Versicherungspflicht Heilfürsorgeberechtigter, der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundes- bahnbeamten (Abs. 4)	13
4. Versicherungspflicht von Mitgliedern von Solidargemeinschaften (Abs. 4a)	15
5. Von der Versicherungspflicht ausgenommene Personen (Abs. 5)	19
VI. Versicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung außerhalb des § 23	21
1. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte (§ 22)	21
2. Beitrittsrecht (§ 26a)	22
3. Fälle mit Auslandsbezug	23
VII. Zustandekommen des Vertrages über die private Pflegepflichtversiche- rung	24
VIII. Wahlrecht (Abs. 2)	25
IX. Leistungsrechtliche Ausgestaltung der privaten Pflegepflichtversiche- rung	28

	R.n.
1. Gleichwertigkeitsgebot (Abs. 1 S. 2)	29
2. Kostenerstattungsprinzip (Abs. 1 S. 3)	32
3. Besonderheiten der beihilfekonformen Versicherung (Abs. 3 S. 2) ..	33
4. Leistungsrecht in Fällen mit Auslandsbezug	35
X. Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Abs. 6 Nr. 1)	36
XI. Verfahrensrecht	37
XII. Anrechnung von Versicherungszeit auf die Wartezeit	43
XIII. Rechtsweg	44

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde durch das PflegeVG vom 26.5.1994 (BGBl. I 1014) mWv 1.1.1995 eingeführt. Dem Abs. 3 wurde durch das 1. SGB XI-ÄndG vom 14.6.1996 (BGBl. I 830) mWv 25.6.1996 S. 2 angefügt, der die Ausgestaltung der beihilfekonformen Versicherung hinsichtlich der Höhe der Vertragsleistungen näher konkretisiert. Durch das UVEG vom 7.8.1996 (BGBl. I 1254) wurde mWv 1.1.1997 in Abs. 5 als redaktionelle Änderung der Verweis auf die entsprechende Vorschrift zur gesetzlichen Unfallversicherung aktualisiert. Jeweils mWv 1.8.2001 wurde durch das LPartG vom 16.2.2001 (BGBl. I 266) der Geltungsbereich des Abs. 1 S. 2, Abs. 5, Abs. 6 Nr. 2 auf Lebenspartner ausgeweitet. In Abs. 1 S. 1 wurden durch das PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mWv 1.1.2009 auch private Krankenversicherungsverträge iSd § 193 Abs. 3 VVG als Versicherungen aufgenommen, aus denen die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung nach Abs. 1 resultieren kann. Ebenfalls durch das PflegeWEG wurde mWv 1.7.2008 dem Abs. 2 S. 4 ein Hs. angefügt, der die Wirksamkeit der Kündigung des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung durch den Versicherungsnehmer bei fortbestehender Versicherungspflicht nach Abs. 1 regelt. In Abs. 3 S. 2 wurde durch Art. 1 Nr. 7 des PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) mWv 30.10.2012 als redaktionelle Änderung der aktuelle Verweis auf „§ 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung“ aufgenommen. Durch das PSG II vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) wurde mWv 1.1.2017 Abs. 6 Nr. 1 an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst, indem „Pflegestufe“ in „Pflegegrad“ geändert wurde. Abs. 4a wurde mWv 9.6.2021 durch das DVPMG vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) neu eingefügt und enthält Regelungen zur Versicherungspflicht von Mitgliedern von Solidargemeinschaften in der privaten Pflegepflichtversicherung. Die Regelung der Versicherungspflicht der Mitglieder von Solidargemeinschaften wurde als erforderlich angesehen, weil Solidargemeinschaften eine Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit nicht anbieten (BT-Drs. 19/27652, 142). Durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019 (BGBl. I 2652) wird mWv 1.1.2024 Abs. 5 neu gefasst. Dort wird die Bezugnahme auf das Bundesversorgungsgesetz durch den Bezug auf das SGB XIV ersetzt, weil das BVG aufgehoben und durch das SGB XIV ersetzt wird (BT-Drs. 19/13824, 266). MWv 1.1.2025 wird durch das Gesetz über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten und zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20.8.2021 (BGBl. I 3932) in Abs. 5 der Bezug von Pflegeleistungen nach § 16 Nr. 8 Soldatenentschädigungsgesetz iVm § 17 Soldatenentschädigungsgesetz ergänzt.

II. Normzweck

- 2 Die Norm bestimmt, wann und für wen die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt und welche Rechte und Pflichten sich für den Versicherungspflichtigen daraus ergeben. Dabei geht ihr Regelungsgehalt weit über

den Inhalt der Überschrift hinaus. So wird zum einen für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen die **Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung** entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ (vgl. § 1 Abs. 2 S. 2; BT-Drs. 12/5262, 79, 85) festgelegt (Abs. 1 und 2). Zum anderen verhält sich die Vorschrift über die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung für nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Beihilfeberechtigte (Abs. 3), bestimmte Heilfürsorgeberechtigte und die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK), sowie der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) (Abs. 4). Darüber hinaus werden **Regelungen zum Leistungsrecht** (Abs. 1 S. 2 und 3, Abs. 3 S. 2, Abs. 6 Nr. 1), zum Verfahren, sofern es die Feststellung der Pflegebedürftigkeit betrifft (Abs. 6 Nr. 1), und zur Anrechnung von Versicherungszeiten auf die Wartezeit (Abs. 6 Nr. 2) getroffen. § 23 und § 110 sind die grundlegenden Vorschriften für die Verträge über die private Pflegepflichtversicherung. Sie legen mittels Versicherungspflicht (§ 23) und Kontrahierungszwang (§ 110) die Vertragsparteien fest, regeln die mindestens einzuhaltenden Rahmenbedingungen hinsichtlich zulässiger Ausschlussgründe, der Prämiengestaltung und des Beginns und Umfangs des Versicherungsschutzes.

III. Vereinbarkeit der Norm mit dem Verfassungsrecht

Die private Pflegepflichtversicherung und auch ihre Ausgestaltung im SGB XI ³ ist verfassungsgemäß. Zunächst ergibt sich die **Gesetzgebungskompetenz des Bundes** hinsichtlich der Einführung der privaten Pflegepflichtversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG. Diese bezieht sich auch auf die damit verbundene gesetzliche Verpflichtung privat Krankenversicherter und anderer Personengruppen zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung der privaten Pflegepflichtversicherung, sowie auf die Rahmenbedingungen und die leistungsrechtlichen Regelungen dieser Versicherungsart (so BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1014/95, BVerfGE 103, 197 = NJW 2001, 1709). Die Verpflichtung gem. Abs. 1 S. 1 und § 1 Abs. 2 S. 2 zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung des Versicherungsvertrages stellt zwar einen Eingriff in die von **Art. 2 Abs. 1 GG** geschützte allgemeine Handlungsfreiheit dar, ist aber verhältnismäßig und damit verfassungsgemäß (BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1014/95, BVerfGE 103, 197 = NJW 2001, 1709; BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1681/94, 1 BvR 2491/94, 1 BvR 24/95, BVerfGE 103, 271 = NJW 2001, 1707). Der Eingriff in die Handlungs- und Vertragsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) der Beamten und Heilfürsorgeberechtigten durch die auch für sie vorgesehene Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung nach Abs. 1, 3 und 4 ist ebenfalls verhältnismäßig (BVerfG 25.9.2001 – 2 BvR 2442/94, NZS 2002, 87). Denn nur durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung als „im Grundsatz alle Bürger erfassende **Volksversicherung**“ (BVerfG 25.9.2001 – 2 BvR 2442/94, NZS 2002, 87 Rn. 12) und die damit verbundene Verpflichtung, sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu versichern, war es möglich, einen teilweisen finanziellen Schutz möglichst aller Bürger gegen dieses Lebensrisiko sicherzustellen. Ohne eine solche Verpflichtung hätten weite Teile der Bevölkerung nicht selbst für einen entsprechenden Versicherungsschutz gesorgt (vgl. BVerfG 25.9.2001 – 2 BvR 2442/94, NZS 2002, 87 Rn. 18). Die Pflicht der Beamten zur Versicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung stellt auch keinen Verstoß gegen den Grundsatz der Vorsorgefreiheit, das aus **Art. 33 Abs. 5 GG** resultierende Alimentationsprinzip und die Fürsorgepflicht des Dienstherrn dar (BVerfG 25.9.2001 – 2 BvR 2442/94, NZS 2002, 87 Rn. 18). Insbesondere dient die gesetzliche Pflegeversicherung dem Gemeinwohl, und die Versicherungspflicht belastet die Bürger nicht unangemessen (BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1014/95, BVerfGE 103, 197 = NJW 2001, 1709). Den

privat Krankenversicherten nicht zu ermöglichen, sich in der sozialen Pflegeversicherung zu versichern, war dem Gesetzgeber im Rahmen seines Gestaltungsspielraums gestattet und verstößt nicht gegen den **allgemeinen Gleichheitssatz** oder das **Sozialstaatsprinzip** (BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1681/94, 1 BvR 2491/94, 1 BvR 24/95, BVerfGE 103, 271 = NJW 2001, 1707; BSG 6.11.1997 – 12 RP 2/96, SozR 3–3300 § 20 Nr. 3 = NZS 1998, 243). Dass das Bestehen der privaten Krankenversicherung den Versicherten zum Abschluss des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung verpflichtet, verstößt nicht gegen **Art. 20 Abs. 3 GG**, weil ein Vertrauensschutz des Versicherten hier nicht entgegensteht (BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1681/94, 1 BvR 2491/94, 1 BvR 24/95, BVerfGE 103, 271 = NJW 2001, 1707).

IV. Verhältnis zum privaten Versicherungsrecht

- 4 Die private Pflegepflichtversicherung ist eine **Pflegekrankenversicherung** gem. **§ 192 Abs. 6 VVG**. Nach dem Versicherungsvertrag zusammen mit den allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV) bestimmen sich Versicherungsleistungen, Rechte und Pflichten der Vertragsparteien. Die Vorschriften des **Versicherungsvertragsrechts** und des **Privatrechts** sind für das Versicherungsverhältnis maßgeblich. Die Vorgaben der §§ 23, 27, 110 müssen bei der Gestaltung des Versicherungsvertrages und insbesondere bei der Ausgestaltung der allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbedingungen umgesetzt werden. Ob dies der Fall ist, kann Gegenstand und Beurteilungsmaßstab bei der Überprüfung der Wirksamkeit des Versicherungsvertrages mit den allgemeinen Versicherungsbedingungen sein. Dies beschreibt auch das Verhältnis der Normen des SGB XI über die private Pflegepflichtversicherung zu dem privaten Versicherungsrecht. Nach **§ 148 VAG** gelten für die private Pflegepflichtversicherung §§ 146 Abs. 1 Nr. 1–4, Abs. 2, 155–157, 160 VAG entsprechend, sodass die private Pflegepflichtversicherung nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden darf. Hinsichtlich der Prämienkalkulation und Berechnung der Alterungsrückstellungen sind nach § 26 KVAV nur die §§ 5 Abs. 2, 14 Abs. 6, 22 Abs. 2, Abs. 4–7, 23 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. f und g KVAV auf die private Pflegepflichtversicherung anwendbar.

V. Versicherungspflicht

- 5 Die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht sich auf verschiedene Personengruppen und bestimmt sich nach den Abs. 1, 3, 4 und 5.

1. Versicherungspflicht privat Krankenversicherter (Abs. 1 S. 1 und 2)

- 6 Für privat Krankenversicherte sieht Abs. 1 S. 1 die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung vor. Dies betrifft diejenigen, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Versicherung abgeschlossen haben und aufrechterhalten, die das Risiko Krankheit abdeckt und ihnen im Schadensfall einen Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen gewährt. Ebenfalls versicherungspflichtig sind Personen mit einer **Krankheitskostenversicherung**, die die Voraussetzungen des **§ 193 Abs. 3 VVG** erfüllt. Das ist der Fall, wenn diese bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossene Versicherung mindestens Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsieht, sowie eine Begrenzung der Selbstbehalte für jede zu versichernde Person auf maximal 5.000 EUR pro Kalenderjahr. In der

Regel wird es sich wohl um eine substitutive Krankenversicherung (§ 146 VAG) handeln. Die nunmehr in § 193 Abs. 3 VVG geregelte Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung wird nach § 193 Abs. 3 S. 3 VVG ebenfalls durch die Beibehaltung der vor dem 1.4.2007 abgeschlossenen Krankheitskostenversicherungen erfüllt. Dazu gehören die in Abs. 1 S. 1 Alt. 1 genannten Versicherungen.

Um der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung nachzukommen, haben die betroffenen Personen eine Versicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei dem privaten Krankenversicherungsunternehmen abzuschließen und aufrechtzuerhalten, bei dem auch die private Krankenversicherung besteht (Abs. 1 S. 1). Dadurch kann die Absicherung gegen die Risiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit bei einem Versicherer erfolgen, was im Interesse derjenigen liegt, die verpflichtet sind, eine private Krankenversicherung und private Pflegepflichtversicherung abzuschließen (vgl. BT-Drs. 12/5262, 105). Eine Ausnahme hierzu sieht Abs. 2 bei Ausübung des Wahlrechts und im Fall der Kündigung vor (→ Rn. 25–27). Ein Verstoß gegen die Pflicht zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung ist nach § 121 Abs. 1 Nr. 1 eine Ordnungswidrigkeit und kann gem. § 121 Abs. 2 mit einer Geldbuße geahndet werden (vgl. → § 121 Rn. 2, 4). Die diesbezügliche Meldepflicht der privaten Versicherungsunternehmen regelt § 51 Abs. 1 S. 1, Abs. 3 (vgl. → § 51 Rn. 3, 4, 8).

Nach Abs. 1 S. 2 muss der Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung **Versicherungsschutz für den Versicherungspflichtigen und dessen Angehörige oder Lebenspartner**, die in der sozialen Pflegeversicherung der Familienversicherung nach § 25 unterfallen würden, vorsehen. Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers ist in § 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. f, Abs. 2 S. 1, 2, Abs. 3 Nr. 6 und in § 8 Abs. 2, 3, 4 MB/PPV geregelt. § 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g iVm Abs. 2 S. 1 sieht für Versicherte des sog. Altbestandes eine Begrenzung der Prämienhöhe für Ehegatten oder Lebenspartner vor (zu den Einzelheiten → § 110 Rn. 16, 18–20).

2. Versicherungspflicht Beihilfeberechtigter (Abs. 3)

Nach Abs. 3 S. 1 besteht für Beihilfeberechtigte eine **Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung**, wenn ihre Beihilfeberechtigung bei Pflegebedürftigkeit aus beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen resultiert (zur eigenständigen Versicherungspflicht nach Abs. 3 s. BSG 12.2.2004 – B 12 P 3/02 R, SozR 4–3300 § 23 Nr. 1 = Breithaupt 2004, 503 = BeckRS 2004, 41408). Dieser Versicherungspflicht kommen sie nach durch den Abschluss und die Aufrechterhaltung einer **anteiligen beihilfekonformen privaten Pflegepflichtversicherung** iSv Abs. 1 bei einem privaten Versicherungsunternehmen. Für diesen Personenkreis ist Abs. 3 im Verhältnis zu Abs. 1 die speziellere Vorschrift, die für die leistungrechtliche Ausgestaltung dieses Teilkostentarifs maßgeblich ist. Hat also ein Beihilfeberechtigter iSd Abs. 3 einen privaten Krankenversicherungsvertrag mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder eine Krankheitskostenversicherung gem. § 193 Abs. 3 VVG abgeschlossen, tritt die Versicherungspflicht aus Abs. 1 zwar neben diejenige aus Abs. 3. Hinsichtlich der tariflichen Ausgestaltung ist allerdings Abs. 3 die speziellere Vorschrift und geht insoweit vor. Daher nimmt § 110 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 2, Abs. 3 auf Abs. 3 jeweils gesondert Bezug.

Mit Einführung des § 193 Abs. 3 VVG mWv 1.1.2009 besteht nach § 193 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 VVG für Beihilfeberechtigte eine Pflicht zum Abschluss einer Krankheitskostenversicherung in dem tariflichen Umfang, der prozentual den der Beihilfeberechtigung ergänzt. Auch wenn sich dadurch regelmäßig für die genannten Beihilfeberechtigten die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung sowohl aus Abs. 1 als auch aus Abs. 3 ergibt, ändert dies an dem beschriebenen

Verhältnis zwischen Abs. 1 und Abs. 3 nichts. Abs. 3 ist die speziellere Vorschrift und geht auch § 193 Abs. 3 VVG vor. Insofern wird der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ hinsichtlich der tariflichen Ausgestaltung des beihilfekonformen Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung durchbrochen. Nach § 193 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 VVG muss die Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte einen Versicherungsschutz in dem prozentualen Umfang gewähren, der den der Beihilfeberechtigung ergänzt und der somit ggf. von landesrechtlichen Besonderheiten abhängig ist. Aufgrund der Spezialität des Abs. 3 richtet sich der prozentuale Umfang der tariflichen Leistungen des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung nicht nach dem des privaten Krankenversicherungsvertrages. Denn die Vertragsleistungen der beihilfekonformen privaten Pflegepflichtversicherung müssen nach Abs. 3 S. 2 zusammen mit den **Beihilfeleistungen**, die sich **unter Zugrundelegung der Bemessungssätze nach § 46 Abs. 2, Abs. 3 Bundesbeihilfeverordnung** ergeben, den Versicherungsschutz nach Abs. 1 S. 2 sicherstellen. Der möglicherweise abweichende Umfang der Beihilfeleistungen nach landesrechtlichen Beihilfavorschriften ist daher nicht zu berücksichtigen (vgl. BT-Drs. 13/3696, 12). Eine daran orientierte Ausgestaltung der beihilfekonformen privaten Pflegepflichtversicherung wäre zudem nicht mit dem Risikoausgleich nach § 111 vereinbar. Das sollte bei der Ausgestaltung landesrechtlicher Regelungen berücksichtigt werden, um Versorgungslücken zu vermeiden.

- 11 Ein Verstoß gegen die Pflicht zum Abschluss des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung nach Abs. 3 ist nicht ordnungswidrig gem. § 121. Eine Meldepflicht, zB des Dienstherrn, sieht § 51 für diese Fälle nicht vor. Aufgrund der für Beihilfeberechtigte nunmehr auch aus Abs. 1 resultierenden Versicherungspflicht liegt eine Ordnungswidrigkeit nach § 121 Abs. 1 Nr. 1 vor, wenn der Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung nicht abgeschlossen oder aufrechterhalten wird. Dies führt zudem zu einer Meldepflicht des privaten Versicherungsunternehmens nach § 51 Abs. 1 S. 1, Abs. 3, welche wiederum mit dem Ordnungswidrigkeitstatbestand des § 121 Abs. 1 Nr. 2 verbunden ist.
- 12 Abs. 3 S. 1 aE weist auf die **Ausnahme von der Versicherungspflicht** in der privaten Pflegepflichtversicherung für Beihilfeberechtigte hin, die freiwillig gesetzlich krankenversichert sind. Diese sind nach **§ 20 Abs. 3** in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig, es sei denn, sie haben sich nach § 22 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen (s. auch → Rn. 21, → § 22 Rn. 3–5).

3. Versicherungspflicht Heilfürsorgeberechtigter, der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (Abs. 4)

- 13 Nach Abs. 4 Nr. 1 sind **Heilfürsorgeberechtigte**, für die keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht, in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig. Dies können zB sein: Berufssoldaten, Polizeivollzugsbeamte im Bundesgrenzschutz, Polizeibeamte, Feuerwehrbeamte. Die Abs. 1 und 3 sind entsprechend anzuwenden. Das Wahlrecht nach Abs. 2 (→ Rn. 25–27) steht auch diesen Versicherungspflichtigen zu.
- 14 Nach Abs. 4 Nr. 2, Nr. 3 sind die **Mitglieder der PBeaKK und der KVB** versicherungspflichtig in der privaten Pflegepflichtversicherung. Den Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung müssen sie entsprechend Abs. 1–3 bei einem privaten Versicherungsunternehmen abschließen. Die PBeaKK und die KVB sind **Körperschaften des öffentlichen Rechts** und keine privaten Versicherungsunternehmen. Sie sind deshalb nicht zum Betrieb der privaten Pflegepflichtversicherung befugt. Aus dem Grund wurde zwischen der „**Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen** zur Durchführung der Pflegeversicherung nach dem PflegeVG

vom 26.5.1994 für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten“ (kurz: GPV), deren Geschäftsführer der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. ist, und der PBeaKK sowie der KVB noch vor Inkrafttreten des PflegeVG eine Vereinbarung geschlossen. Danach sind die als GPV zusammengeschlossenen privaten Versicherungsunternehmen Mitversicherer und als solche Vertragspartner der Versicherten der PBeaKK und der KVB, die als Versicherungsnehmer einen Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung bei der GPV abschließen. Während die Mitversicherer gemeinschaftlich Risikoträger für diese Pflegeversicherung sind, führen die PBeaKK und die KVB für die GPV die private Pflegepflichtversicherung durch, was insbesondere die Leistungsbearbeitung einschließlich der Auszahlung der Tarifleistungen und das Beitragsinkasso umfasst. Die PBeaKK und die KVB treten vor Gericht als Kläger oder Beklagte in gewillkürter Prozessstandschaft für die GPV auf (vgl. BSG 30.3.2000 – B 3 P 21/99 R. Rn. 15, BSGE 86, 94 = NZS 2001, 95; 22.8.2001 – B 3 P 21/00 R. Rn. 13, BSGE 88, 262 = SGB 2002, 333 = BeckRS 2002, 40106; 19.4.2007 – B 3 P 6/06 R, BSGE 98, 205 = NZS 2008, 211). Anstatt einen Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung mit der GPV abzuschließen, können Versicherte der PBeaKK und der KVB ihr Wahlrecht nach Abs. 2 ausüben und sich bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichern (vgl. → Rn. 25–27).

4. Versicherungspflicht von Mitgliedern von Solidargemeinschaften (Abs. 4a)

Abs. 4a regelt die Versicherungspflicht für Mitglieder von Solidargemeinschaften in der privaten Pflegepflichtversicherung und knüpft sie an bestimmte Voraussetzungen. Die Solidargemeinschaft, bei der die Mitgliedschaft besteht, muss bereits am 20.1.2021 bestanden haben und seit der Gründung ununterbrochen fortgeführt worden sein. Dies muss die Solidargemeinschaft gem. § 176 Abs. 1 SGB V dem Bundesministerium für Gesundheit nachweisen. Außerdem muss sie alle fünf Jahre ihre dauerhafte Leistungsfähigkeit durch ein versicherungsmathematisches und testiertes Gutachten gem. § 176 Abs. 3 SGB V nachweisen, und dessen Vorliegen muss das Bundesministerium für Gesundheit bestätigen. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen gilt die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch iSv § 193 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 VVG. Würde nach § 193 Abs. 3 VVG eine Pflicht zum Abschluss einer privaten Krankheitskostenversicherung bestehen, wenn nicht schon die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft bestünde, besteht eine Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung gem. Abs. 4a S. 1. Es gelten die Abs. 1 und 3 entsprechend.

Allerdings gilt nach Abs. 4a S. 3 die Versicherungspflicht nach Abs. 4a S. 1 als erfüllt, sofern das Mitglied bereits in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist. Dies entspricht der Regelung in § 21a Abs. 1 S. 2 für den umgekehrten Fall der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung und bereits bestehender Versicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung. Praktische Anwendungsfälle könnten die freiwillige Weiterversicherung nach § 26 Abs. 1 oder das Beitrittsrecht nach § 26a sein (so BT-Drs. 19/27652, 142).

Die Pflicht der Solidargemeinschaft nach § 21a Abs. 2 zur Abfrage der Versicherung ihrer Mitglieder in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung und die Pflicht der Mitglieder, den Pflegeversicherungsschutz gegenüber der Solidargemeinschaft nachzuweisen, besteht auch bei Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung.

Auch bei Fortbestand der Versicherungspflicht für das Mitglied der Solidargemeinschaft in der privaten Pflegepflichtversicherung ist eine Kündigung des Versicherungsvertrages möglich. Diese wird jedoch gem. Abs. 4a S. 2 erst wirksam, wenn

5. Von der Versicherungspflicht ausgenommene Personen (Abs. 5)

- ## VI. Versicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung außerhalb des § 23

1. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte (§ 22)

- Vieweg

pflchtversicherung iSv Abs. 1 oder Abs. 3 erforderlich (vgl. im Einzelnen → § 22 Rn. 3–5).

2. Beitrittsrecht (§ 26a)

Nach § 26a haben nicht pflegeversicherte Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversicherungspflichtig sind, unter bestimmten Voraussetzungen ein Beitrittsrecht zur sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung. Dabei haben § 26a Abs. 1 und 2 wegen Zeitablaufs an Relevanz verloren (vgl. zu den Einzelheiten → § 26a Rn. 3 f.).

3. Fälle mit Auslandsbezug

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ins Ausland endet nach § 15 Abs. 3, 4 MB/PPV das Versicherungsverhältnis in der privaten Pflegepflichtversicherung. Aufgrund einer besonderen Vereinbarung kann das Versicherungsverhältnis gem. § 15 Abs. 3 S. 1, Abs. 4 MB/PPV zu vollen Beiträgen fortgeführt werden. Dies muss der Versicherungsnehmer gem. § 15 Abs. 3 S. 2 MB/PPV innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts bei seinem Versicherer beantragen, der bei Einhaltung dieser Frist gem. § 15 Abs. 3 S. 3 MB/PPV verpflichtet ist, den Antrag anzunehmen. Stattdessen besteht die Möglichkeit, den Vertrag in Form einer großen Anwartschaftsversicherung zu reduzierten Beiträgen aufrechtzuerhalten. Etwas anderes gilt auch nicht bei der Verlegung des Wohnsitzes in das EU-/EWR-Ausland. Für privat Krankenversicherte ist die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung an den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland gebunden (vgl. LSG BW 27.3.2015 – L 4 P 3317/12, BeckRS 2015, 67753; BeckOK SozR/Baumeister, 1.9.2023, Rn. 12a; Besche/Vieweg S. 26; aA LSG Bln 3.12.2004 – L 1 RA 50/03, BeckRS 2005, 41041; Hauck/Noftz/Luthe, Juli 2016, § 110 Rn. 35). Das ergibt sich ua aus § 23 Abs. 1, der auf § 193 Abs. 3 VVG verweist, der hinsichtlich der privaten Krankenversicherung an den Wohnsitz in Deutschland anknüpft. Dass sich die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung nach der VO (EG) Nr. 883/2004 bestimmt, kann man aus den EuGH-Urteilen (vgl. EuGH 5.3.1998 – C-160/96, NZS 1998, 240 f. = SGb 1999, 360 – Molenaar; EuGH 8.7.2004 – C-502/01, C-31/02, Slg. 2004, I-6483 (6527) = BeckRS 9998, 92897 – Gaumain-Cerri/Barth; EuGH 16.7.2009 – C-208/07, SozR 4-6050 Art. 19 Nr. 3 = BeckRS 2009, 70813 – Chamier-Glisczinski) und dem BSG-Urteil vom 28.9.2006 – B 3 P 3/05 R (SozR 4-3300 § 23 Nr. 5 = VersR 2007, 1074 = BeckRS 2006, 44763) nicht schließen. Denn aus diesen Urteilen lassen sich nur Rückschlüsse auf das Leistungsrecht in der privaten Pflegepflichtversicherung ziehen. Zur Frage der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung bei grenzüberschreitenden Sachverhalten ist noch keine EuGH-Rspr. ergangen.

VII. Zustandekommen des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung

Für den wirksamen Abschluss des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung sind die §§ 145 ff. BGB maßgeblich. Daher kommt der Versicherungsvertrag durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen, die auf den Vertragsabschluss gerichtet sind, zustande (so auch SG Koblenz 21.8.1997 – S 3 P 123/97, VersR 1998, 1097 mAnm Präve = BeckRS 1997, 41333). Zu dem Vertragsschluss kann es kommen, indem die versicherungspflichtige Person einen Antrag zur Aufnahme

in die private Pflegepflichtversicherung bei dem privaten Versicherungsunternehmen stellt oder aufgrund des Abschlusses des privaten Krankenversicherungsvertrages von diesem einen Aufnahmeantrag bekommt, ihn ausgefüllt zurücksendet und daraufhin die entsprechende Versicherungspolice erhält. Der Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung kann auch durch **konkludentes Verhalten** wirksam geschlossen werden. Wird also zB dem Versicherungsnehmer einer privaten Krankenversicherung von seinem Versicherer zunächst die Police für den Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung zugesandt und in einem Anschreiben darauf hingewiesen, dass der Vertrag zustande kommt, sofern der Versicherungsnehmer der privaten Krankenversicherung sein Wahlrecht nicht ausübt und daher nicht widerspricht, ist dies ein Antrag auf Abschluss des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung (vgl. LSG NRW 12.6.2001 – L 16 P 39/00, BeckRS 2001, 85030; Präve VersR 1998, 1097). Widerspricht der Versicherungsnehmer nicht und entrichtet zB seine Prämien für den Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung oder macht Leistungen daraus geltend, kommt der Vertrag durch dieses schlüssige Verhalten zustande (so auch LSG Bln-Bbg 19.6.2008 – L 27 P 6/08, Rn. 29, BeckRS 2008, 55324; Präve VersR 1998, 1097). Das bloße Schweigen kann in diesen Fällen hingegen nicht bereits als Annahmeerklärung gewertet werden (so SG Koblenz 21.8.1997 – S 3 P 123/97, VersR 1998, 1097 mAnm Präve = BeckRS 1997, 41333; aA Traupe Anmerkung zum Urteil SG Koblenz 27.3.1998 – S 4 P 412/97, NZS 1999, 89 (91)). Fehlt es an einer ausdrücklichen Annahmeerklärung oder einem Widerspruch und erfolgt der Einzug der Prämien für die private Pflegepflichtversicherung durch den Versicherer aufgrund der nur für die Prämien zur privaten Krankenversicherung erteilten Einzugsermächtigung über einen längeren Zeitraum hinweg (jedenfalls für mehr als sechs Monate), wobei der Versicherungspflichtige nicht widerspricht und ausreichende Kontodeckung besteht, ist der Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung ebenfalls wirksam durch konkludente Annahme zustande gekommen (so Präve VersR 1998, 1097 ff.; LSG NRW 12.6.2001 – L 16 P 39/00, BeckRS 2001, 85030; SG Koblenz 27.3.1998 – S 4 P 412/97, NZS 1999, 89; aA SG Koblenz 21.8.1997 – S 3 P 123/97, VersR 1998, 1097 = BeckRS 2008, 55324; Krauskopf/Baier, 6/2023, § 51 Rn. 3).

VIII. Wahlrecht (Abs. 2)

- 25 Nach Abs. 2 S. 1 ist der Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung nicht zwingend bei dem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen, bei dem auch die private Krankenversicherung besteht. Insoweit besteht ein Wahlrecht der versicherungspflichtigen Person, für dessen Schaffung als einzige Begründung EG-Recht angegeben wurde (vgl. BT-Drs. 12/5952, 38). Gemäß Abs. 2 S. 3 beginnt mit dem Eintritt der individuellen Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung die **sechsmonatige Frist**, innerhalb der das Wahlrecht nach Abs. 2 S. 2 auszuüben ist. Mit dem wirksamen Abschluss des privaten Krankenversicherungsvertrages tritt nach Abs. 1 diese individuelle Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung ein. Wird innerhalb der sechs Monate das Wahlrecht durch Abschluss des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen ausgeübt, werden die private Pflegepflichtversicherung und die private Krankenversicherung bei unterschiedlichen privaten Versicherungsunternehmen genommen.
- 26 Wurde das Wahlrecht nicht wahrgenommen, besteht nach Abs. 2 S. 4 Hs. 1 weiterhin die **Möglichkeit der Kündigung** des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung. Besteht die Versicherungspflicht nach Abs. 1 aufgrund des privaten Krankenversicherungsvertrages und kündigt der Versicherungsnehmer für sich und/oder eine andere versicherte Person den bei demselben privaten Versicherungsunternehmen bestehenden Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung, ist die

Kündigung gem. Abs. 2 S. 4 Hs. 2 zunächst **schwebend unwirksam**. Sie wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem bisherigen Versicherer nachweist, dass er bzw. die versicherte Person ohne Unterbrechung bei einem anderen Versicherer in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert ist (bzgl. der entsprechenden Anwendbarkeit des § 23 Abs. 2 S. 4 auf die Wirksamkeit des Widerrufs LSG BW 10.12.2021 – L 4 P 180/19, BeckRS 2021, 42989 = VersR 2022, 506). Wurde das Wahlrecht bereits ausgeübt, so dass die private Pflegepflichtversicherung und private Krankenversicherung bei unterschiedlichen Versicherungsunternehmen bestehen, und wird die private Pflegepflichtversicherung bei Bestehen der Versicherungspflicht nach Abs. 1 gekündigt, gilt für die Wirksamkeit der Kündigung ebenfalls Abs. 2 S. 4 Hs. 2 (vgl. auch § 51 Abs. 3).

Die individuelle Versicherungspflicht nach Abs. 1 entfällt, wenn der private Krankenversicherungsvertrag gekündigt oder anderweitig beendet wird. Wird danach ein privater Krankenversicherungsvertrag bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen, tritt mit dem Abschluss des privaten Krankenversicherungsvertrages erneut die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung ein und damit ebenfalls das Wahlrecht nach Abs. 2. 27

IX. Leistungsrechtliche Ausgestaltung der privaten Pflegepflichtversicherung

Die leistungsrechtliche Ausgestaltung der privaten Pflegepflichtversicherung richtet sich nach den Abs. 1 S. 2, 3, Abs. 3 S. 2, Abs. 4. Diese Einordnung ist systematisch nicht gelungen, was sich daran zeigt, dass Regelungen zum Leistungsrecht in einer Vorschrift getroffen werden, die zum dritten Kapitel über den versicherungspflichtigen Personenkreis gehört und die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung bestimmt. Leistungsrechtliche Regelungen sind dem Vierten Kapitel zuzuordnen oder hätten ansonsten allenfalls im Zehnten Kapitel über die private Pflegepflichtversicherung aufgenommen werden müssen. Dort enthält § 110 Regelungen für die private Pflegepflichtversicherung und nimmt Bezug auf den leistungsrechtlichen Teil des § 23. Auch daran wird die wenig systematische Aufnahme der privaten Pflegepflichtversicherung im SGB XI deutlich. Unter Berücksichtigung des Rahmens, den § 23 für das Leistungsrecht vorgibt, werden im Verhältnis zwischen Versichertem und Versicherer die Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung verbindlich im Versicherungsvertrag festgelegt. 28

1. Gleichwertigkeitsgebot (Abs. 1 S. 2)

Nach Abs. 1 S. 2 muss die private Pflegepflichtversicherung ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht **Leistungen** vorsehen, die denen des Vierten Kapitels **nach Art und Umfang gleichwertig** sind. Durch dieses Gleichwertigkeitsgebot stehen den in der privaten Pflegepflichtversicherung Versicherten Leistungen der Art zur Verfügung, die denen der §§ 28a, 36–45b gleichwertig sind. Die dort angegebenen Höchstbeträge gelten auch in der privaten Pflegepflichtversicherung. Die Anschubfinanzierung gem. § 45e, die nicht im Dritten bis Fünften Abschnitt über die Leistungen enthalten ist, ist in der privaten Pflegepflichtversicherung nach § 45e Abs. 1 S. 5 entsprechend zu leisten. Die Regelungen nach § 141 über den Besitzstandsschutz für bisherige Leistungsbezieher bezüglich regelmäßig wiederkehrender Leistungen und Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 gelten ebenfalls für Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung (s. § 141). Auch die Übergangsregelungen des § 144 sowie die Besitzstandsschutzregelung des § 145 gelten für die private Pflegepflichtversicherung, weil sie sich auf Leistungen des Vierten Kapitels beziehen. Die Gleichwertigkeit bezieht sich auch 29

auf die Qualifikation der Pflegekräfte, die pflegerische Leistungen erbringen (vgl. § 71 Abs. 3) und mit den Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung abrechnen (vgl. § 4 Abs. 1 S. 8, Abs. 8 S. 4, Abs. 11 S. 2 MB/PPV; BSG 30.3.2000 – B 3 P 21/99 R, BSGE 86, 94 = NZS 2001, 95). Die Grundsätze des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs sind auf die private Pflegepflichtversicherung entsprechend anwendbar (BSG 30.8.2023 – B 3 P 4/22 R, BeckRS 2023, 38625; LSG BW 26.6.2023 – L 4 P 1640/21, BeckRS 2023, 17400). Somit sind Nachteile, die einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person infolge einer dem privaten Versicherungsunternehmen zuzurechnenden Beratungs- oder Auskunftspflichtverletzung entstehen, zu beseitigen (BSG 30.8.2023 – B 3 P 4/22 R, BeckRS 2023, 38625; LSG BW 26.6.2023 – L 4 P 1640/21, BeckRS 2023, 17400). Das Gleichwertigkeitsgebot bezieht sich allerdings nicht auf die Auslegung, die das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes in der jeweils gültigen Fassung enthält. Diese ist daher für die private Pflegepflichtversicherung nicht bindend.

- 30 Hilfsmittel, die vorwiegend dem Behinderungsausgleich und nicht mindestens schwerpunktmäßig der Pflege dienen, können nach § 4 Abs. 7 MB/PPV, Nr. 4 Tarif PV nicht aus der privaten Pflegepflichtversicherung erstattet werden (zB eigenbedienbarer Elektrorollstuhl, so BSG 10.11.2005 – B 3 P 10/04 R, SGB 2006, 488 = BeckRS 2006, 40196). Sind solche Hilfsmittel nicht von den vertraglichen Leistungen der privaten Krankenversicherung abgedeckt, hat dies nicht die Leistungspflicht der privaten Pflegepflichtversicherung zur Folge (BSG 10.11.2005 – B 3 P 10/04 R, SGB 2006, 488 = BeckRS 2006, 40196).
- 31 Neben den in → Rn. 29 aufgeführten Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung besteht für Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung nach § 28 Abs. 1a zudem ein Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a (vgl. § 4 Abs. 18 MB/PPV). In der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Personen und ihren Angehörigen steht die compass private pflegeberatung GmbH zur Verfügung, die unabhängige und bundesweite Pflegeberatung als aufsuchende Beratung im häuslichen Umfeld, telefonisch oder durch digitale Anwendungen anbietet und ergänzende digitale Angebote zur Verfügung stellt. Damit hat sie einen Vorbildcharakter, was bei dem durch das PNG eingeführten § 7b deutlich wird. So sieht § 7b Abs. 1 S. 3 die Durchführung der Beratung im häuslichen Umfeld vor, wenn der Versicherte es wünscht.

2. Kostenerstattungsprinzip (Abs. 1 S. 3)

- 32 Nach Abs. 1 S. 3 sind die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, nicht zur Sachleistung wie die Pflegekassen verpflichtet. Für sie kommt das ebenfalls in der privaten Krankenversicherung geltende Kostenerstattungsprinzip zur Anwendung. Daher erstatten sie den Versicherten die entstandenen Aufwendungen für entsprechende Leistungen bis zur Höhe der im Vierten Kapitel für diese Leistungen angegebenen Höchstbeträge. Der in § 69 geregelte Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen gilt für die privaten Versicherungsunternehmen nicht (vgl. BSG 30.3.2000 – B 3 P 21/99 R, BSGE 86, 94 = NZS 2001, 95).

3. Besonderheiten der beihilfekonformen Versicherung (Abs. 3 S. 2)

- 33 Der Versicherungsschutz der privaten Pflegepflichtversicherung, der sich aus dem Gleichwertigkeitsgebot nach Abs. 1 S. 2 ergibt, ist auch bei einer beihilfekonformen privaten Pflegepflichtversicherung unter Beachtung der für sie geltenden Besonderheiten zu gewähren. Das bedeutet, dass die Beihilfeleistungen, die in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes erbracht werden, durch Versicherungsleistungen der beihilfekonfor-

men privaten Pflegepflichtversicherung in Höhe des entsprechenden Prozentsatzes ergänzt werden (vgl. BT-Drs. 12/5262, 85, 106). Maßgeblich für die prozentuale Höhe der Versicherungsleistungen ist dabei die Höhe der Beihilfeleistungen, die sich aus den Bemessungssätzen nach § 46 Abs. 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung ergibt.

Die Versicherungsleistungen der beihilfekonformen privaten Pflegepflichtversicherung sind daher nur entsprechend der Bundesbeihilfeverordnung, nicht entsprechend den einzelnen Beihilfeverordnungen der Länder auszugestalten. Sieht die Beihilfeverordnung eines Bundeslandes andere Bemessungssätze als die Bundesbeihilfeverordnung vor, ist somit die Höhe des Prozentsatzes der Versicherungsleistungen nicht anzupassen (so auch BT-Drs. 13/3696, 12). Das gilt ebenfalls, wenn die Beihilfeverordnung eines Bundeslandes im Gegensatz zur Bundesbeihilfeverordnung bestimmte Leistungen bei Pflege nicht enthält. Insofern bleibt es bei der Erstattung aus der privaten Pflegepflichtversicherung in der Höhe des festgelegten Prozentsatzes. Die in den Fällen fehlenden Leistungen der Beihilfe werden nicht durch Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung ersetzt (vgl. BT-Drs. 13/3696, 12).

4. Leistungsrecht in Fällen mit Auslandsbezug

Nach § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/PPV ruht grds. die Leistungspflicht während des Auslandsaufenthalts. Ist dieser jedoch vorübergehend, werden nach § 5 Abs. 1 Buchst. a S. 2 Hs. 1 MB/PPV für bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld und Leistungen nach §§ 44 und 44a weitergezahlt. Ebenso werden Leistungen der Verhinderungspflege erstattet, die während dieses vorübergehenden Auslandsaufenthalts dort erbracht werden, weil die Verhinderungspflege das Pflegegeld ersetzt und somit exportierbar ist (so BSG 20.4.2016 – B 3 P 4/14 R, SuP 2016, 781 = BeckRS 2016, 70845). Gemäß § 5 Abs. 1 Buchst. a S. 2 Hs. 2 MB/PPV wird wie nach § 34 Abs. 1a Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld auch an Versicherte gezahlt, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Mitgliedstaaten der EU, des EWR oder in der Schweiz haben (vgl. auch EuGH 5.3.1998 – C-160/96, NZS 1998, 240 f. = SGB 1999, 360 – Molenaar). Insofern greift in diesen Fällen eine Ausnahme gegenüber dem grundsätzlichen Ruhen der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 1 Buchst. a S. 1 MB/PPV. Der pauschale Wohngruppenzuschlag nach § 38a ist wie das Pflegegeld als eine zu exportierende Geldleistung iSd VO (EG) Nr. 883/2004 anzusehen. Er wird daher in der privaten Pflegepflichtversicherung von den Versicherungsunternehmen im EU-/EWR-Ausland und der Schweiz freiwillig erbracht. Ebenfalls auf freiwilliger Basis erhalten beihilfeberechtigte Versicherte der Tarifstufe PVB aufgrund des BSG-Urteils vom 28.9.2006 – B 3 P 3/05 R (SozR 4–3300 § 23 Nr. 5 = VersR 2007, 1074 = BeckRS 2006, 44763) bei Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im EU-/EWR-Ausland oder in der Schweiz die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung.

X. Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Abs. 6 Nr. 1)

Nach Abs. 6 Nr. 1 sind für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und für die Zuordnung zu einem Pflegegrad in der privaten Pflegepflichtversicherung **dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung** anzulegen. Damit sind die §§ 14 und 15 auch in der privaten Pflegepflichtversicherung für den Begriff und die Grade der Pflegebedürftigkeit maßgeblich (vgl. § 1 Abs. 2–10 MB/PPV). Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit orientiert sich unter Berücksichtigung der Besonderheiten des privatrechtlichen Versicherungsverhältnisses an den Vorgaben der §§ 18 ff. (vgl. § 6 Abs. 2, 2a MB/PPV). Die in §§ 1 Abs. 2–10, 6 Abs. 2, 2a MB/PPV getroffenen Regelungen stellen sicher, dass dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung angelegt werden. Dies wird bei der Begutach-

tung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die in der privaten Pflegepflichtversicherung durch den medizinischen Dienst der Privaten Pflegepflichtversicherung, die Medicproof GmbH, erfolgt, beachtet. Bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der privaten Pflegepflichtversicherung dürfte auch eine Orientierung an den Begutachtungs-Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund gem. § 17 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der privaten Pflegepflichtversicherung geboten sein. Die Begutachtungs-Richtlinien sind Verwaltungsbinnenrecht (so BSG 13.5.2004 – B 3 P 7/03 R. Rn. 32, SozR 4–3300 § 23 Nr. 2 = Breithaupt 2004, 863 = BeckRS 2004, 41243). Als solches sind sie in der sozialen Pflegeversicherung zu beachten, jedoch für die private Pflegepflichtversicherung nicht unmittelbar verbindlich (ähnlich BSG 13.5.2004 – B 3 P 7/03 R. Rn. 32, SozR 4–3300 § 23 Nr. 2 = Breithaupt 2004, 863 = BeckRS 2004, 41243; aA Axer SGB 2012, 501 (506); Schnapp/Kreutz GuP 2014, 14). Eine Orientierung an den Begutachtungs-Richtlinien dürfte aber dennoch in der privaten Pflegepflichtversicherung geboten sein, weil § 17 Abs. 1 S. 2 seit dem 1.1.2017 ein Beteiligungsrecht des PKV-Verbandes vor dem Erlass der Richtlinien vorsieht. Die besonderen Regelungen der §§ 140 und 142 zur Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1.1.2017, die Bestimmungen zu dem bei der Begutachtung anwendbaren Recht, zur Überleitung bisheriger Leistungsbezieher von Pflegestufen in Pflegegrade und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren enthalten, gelten auch für die private Pflegepflichtversicherung (s. §§ 140 und 142).

XI. Verfahrensrecht

- 37 Für die Ausgestaltung des Versicherungsverhältnisses in der privaten Pflegepflichtversicherung ist der Versicherungsvertrag mit den allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV) maßgeblich, wonach sich die Leistungen, die Pflicht zur Prämienzahlung usw. bestimmen. Vorgaben zu den Rahmenbedingungen sind § 110 (vgl. § 110) und zu dem leistungrechtlichen Umfang § 23 (vgl. → Rn. 28 ff.) zu entnehmen. Auf das Verhältnis zwischen dem privaten Versicherungsunternehmen und dem Versicherten sind die Vorschriften des **VVG** und des **Privatrechts** anzuwenden. Bei der privaten Pflegepflichtversicherung handelt es sich um eine Pflegekrankenversicherung gem. § 192 Abs. 6 VVG (BSG 17.5.2000 – B 3 P 8/99 R., SozR 3–3300 § 39 Nr. 2 = NZS 2001, 147). Das im **SGB X** geregelte Sozialverwaltungsverfahren ist hingegen auf die private Pflegepflichtversicherung **nicht unmittelbar anwendbar** (weitere Ausführungen unter → Rn. 42). Auch die gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung nach dem SGB IV sind für die private Pflegepflichtversicherung nicht maßgeblich, was sich aus der Beschränkung des Geltungsbereiches des SGB IV nach § 1 Abs. 1 SGB IV auf die soziale Pflegeversicherung ergibt (so auch LSG Bln 3.12.2004 – L 1 RA 50/03, Rn. 16, BeckRS 2005, 41041). So sind die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, keine Sozialversicherungsträger (Krauskopf/Vossen, 6/2023, Rn. 6) und agieren auch nicht als Beliehene (BSG 22.8.2001 – B 3 P 21/00 R., BSGE 88, 262 = SGB 2002, 333 = BeckRS 2002, 40106).
- 38 Voraussetzung für die Auszahlung der Versicherungsleistungen ist nach § 6 Abs. 1 S. 1 MB/PPV ein **Antrag des Versicherungsnehmers**. Anspruchsinhaber ist der Versicherungsnehmer, nicht die versicherte Person (vgl. BSG 17.5.2000 – B 3 P 8/99 R., SozR 3–3300 § 39 Nr. 2 = NZS 2001, 147). Allerdings ist nach §§ 44, 194 Abs. 3 VVG, § 6 Abs. 5 MB/PPV der Versicherer zur Leistung an die versicherte Person verpflichtet, wenn sie ihm von dem Versicherungsnehmer in Textform als Empfangsberechtigte benannt wurde. Vor der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen der jeweiligen Leistung aus dem Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung ist festzustellen, ob der **Versicherungsfall** gem. § 1 Abs. 2 MB/PPV eingetreten ist. Versicherungsfall

ist die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person. Der Versicherungsfall beginnt nach § 1 Abs. 11 S. 1 MB/PPV mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Das **Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit** in der privaten Pflegepflichtversicherung bestimmt sich nach § 6 Abs. 2, 2a MB/PPV (→ Rn. 36).

Ein **Antrag nach § 6 Abs. 1 S. 1 MB/PPV** ist zu stellen, um erstmals das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit festzustellen, und wenn die Einstufung in einen anderen Pflegegrad begehrt wird. Nach der Rspr. des BSG (vgl. BSG 13.5.2004 – B 3 P 7/03 R, SozR 4–3300 § 23 Nr. 2 = Breithaupt 2004, 863 = BeckRS 2004, 41243; 22.7.2004 – B 3 P 6/03 R, SozR 4–7690 § 64 Nr. 1 = Breithaupt 2005, 634 = BeckRS 2004, 41619; 17.12.2009 – B 3 P 5/08 R, SozR 4–3300 § 37 Nr. 3 = USK 2009–172 = BeckRS 2010, 68767) bedarf es eines neuen gesonderten Antrags des Versicherungsnehmers bei folgender Konstellation nicht: Die beantragten höheren Leistungen werden zunächst von dem Versicherer mangels Änderung des Pflegegrades zu Recht abgelehnt. Sodann macht der Versicherungsnehmer in einem Verfahren vor dem Sozialgericht seinen Anspruch auf die höheren Leistungen nach einem höheren Pflegegrad geltend. Währenddessen tritt eine Veränderung des Zustands des Versicherten ein und hat die Änderung des Pflegegrades zur Folge. Die Ablehnung des Antrags durch den Versicherer wird nun durch das Urteil des Gerichts ersetzt, weil für die Entscheidung des Gerichts alle Tatsachen bis zur letzten mündlichen Verhandlung maßgeblich sind.

Das von Medicproof erstellte **Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit** wurde nach ständiger Rspr. des BSG als **Sachverständigengutachten nach § 84 VVG** angesehen (vgl. BSG 22.8.2001 – B 3 P 21/00 R, BSGE 88, 262 = SGB 2002, 333 = BeckRS 2002, 40106; 22.8.2001 – B 3 P 4/01 R, BSGE 88, 268 = NZS 2002, 317; 13.5.2004 – B 3 P 7/03 R, SozR 4–3300 § 23 Nr. 2 = Breithaupt 2004, 863 = BeckRS 2004, 41243; 22.7.2004 – B 3 P 6/03 R, SozR 4–7690 § 64 Nr. 1 = Breithaupt 2005, 634 = BeckRS 2010, 68767). Die Anwendbarkeit des § 84 VVG wurde aus § 194 Abs. 1 S. 1 VVG hergeleitet, weil die private Pflegepflichtversicherung als Pflegekrankenversicherung (§ 192 Abs. 6 VVG) Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt. Sowohl Versicherer als auch Versicherte waren daher an die im Gutachten getroffenen Feststellungen gebunden, es sei denn, sie wichen offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich ab (§ 84 Abs. 1 S. 1 VVG). Diese Rspr. hat das BSG mit seinem Urteil vom 22.4.2015 – B 3 P 8/13 R (SGB 2016, 469 = BeckRS 2015, 71043) aufgegeben. Das hat zur Folge, dass die Medicproof-Gutachten nunmehr – wie auch die Gutachten des MD über die Pflegebedürftigkeit – uneingeschränkt durch die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit überprüfbar sind (BSG 22.4.2015 – B 3 P 8/13 R, SGB 2016, 469 = BeckRS 2015, 71043). Sie haben aber auch dieselbe Beweiskraft wie die MD-Gutachten (BSG 22.4.2015 – B 3 P 8/13 R, SGB 2016, 469 = BeckRS 2015, 71043 Rn. 29). Das BSG begründet die Abkehr von seiner bisherigen Rspr. damit, dass § 84 Abs. 1 S. 1 VVG bei Verträgen über die private Pflegepflichtversicherung nicht zur Anwendung kommt (BSG 22.4.2015 – B 3 P 8/13 R, SGB 2016, 469 = BeckRS 2015, 71043). Die wesentlichen Gründe dafür sind (BSG 22.4.2015 – B 3 P 8/13 R, SGB 2016, 469 = BeckRS 2015, 71043): Nach § 192 Abs. 6 S. 3 VVG geht § 23 zusammen mit den auf die private Pflegepflichtversicherung anwendbaren Vorschriften des SGB XI als speziellere Normen denen des VVG vor. Daher ist nach Ansicht des BSG auch § 84 VVG nicht anwendbar. Denn ein Sachverständigenverfahren nach § 84 VVG werde in der privaten Pflegepflichtversicherung nicht vertraglich vereinbart. Vielmehr werde das Sachverständigenverfahren bereits im SGB XI geregelt. Außerdem geht das BSG von einer Verletzung des Rechts auf effektiven Rechtsschutz durch die Anwendung des § 84 VVG auf die Begutachtung durch Medicproof aus (zur Begr. im Einzelnen s. BSG 22.4.2015 – B 3 P 8/13 R, SGB 2016, 469 = BeckRS 2015, 71043).

Die **Leistungszusage des Versicherungsunternehmens**, deren Grundlage das Medicproof-Gutachten ist, soll nach der BSG-Rspr. ein **unwiderrufliches dekla-**

ratorisches Schuldanerkenntnis sein (BSG 22.8.2001 – B 3 P 21/00 R, BSGE 88, 262 = SGB 2002, 333 = BeckRS 2002, 40106; 22.8.2001 – B 3 P 4/01 R, BSGE 88, 268 = NZS 2002, 317); aA Vieweg, Anmerkung zum Ur. des BSG 22.4.2015 – B 3 P 8/13 R, SGB 2016, 476). Ob das BSG an dieser Rspr. trotz seiner Rechtsprechungsänderung zur Bindungswirkung der Mediproof-Gutachten (→ Rn. 40) weiterhin festhält, ist dem Urteil vom 22.4.2015 – B 3 P 8/13 R (SGB 2016, 469 = BeckRS 2015, 71043) nicht zu entnehmen. Diese Konstruktion bewirkt, dass der Versicherer durch seine Leistungszusage auch dann an die im Gutachten getroffenen Feststellungen gebunden ist, wenn diese fehlerhaft sind (vgl. BSG 22.8.2001 – B 3 P 21/00 R, BSGE 88, 262 = BeckRS 2002, 40106; 22.8.2001 – B 3 P 4/01 R, BSGE 88, 268 = NZS 2002, 317). Das private Versicherungsunternehmen ist jedoch insofern nicht an das deklaratorische Schuldanerkenntnis gebunden, als dass es Einwände geltend macht, denen Umstände zugrunde liegen, die es bei Abgabe des Schuldanerkenntnisses nicht kannte oder kennen musste (BSG 19.4.2007 – B 3 P 6/06 R, BSGE 98, 205 = NZS 2008, 211).

- 42 Nach der BSG-Rspr. greifen – grundsätzlich zutreffend – in Bezug auf Verträge über die private Pflegepflichtversicherung privatrechtliche und versicherungsvertragsrechtliche Regelungen. Die Vorschriften des SGB X und insbesondere §§ 45 ff. SGB X sind nicht unmittelbar anwendbar (so BSG 22.2.2024 – B 3 P 8/22 R, BeckRS 2024, 8274; BSG 22.8.2001 – B 3 P 21/00 R, BSGE 88, 262 = SGB 2002, 333 = BeckRS 2002, 40106; 22.8.2001 – B 3 P 4/01 R, BSGE 88, 268 = NZS 2002, 317; Bastian NZS 2004, 77; juris PK-SGB XI/Klein, 3.11.2022, Rn. 46; Schnapp/Kreutz GuP 2014, 18 (21)). Somit hat der Versicherungsnehmer keinen Anspruch auf die Erstellung eines Zweitgutachtens, welches das Erstgutachten ersetzt. Denn mangels Verwaltungsakts und unmittelbarer Anwendbarkeit des SGB X kann er keinen Widerspruch einlegen. In der Praxis wird in solchen Fällen dennoch von den Versicherungsunternehmen auf freiwilliger Basis ein Zweitgutachten eingeholt, um eine außergerichtliche Klärung herbeizuführen, was mit einem schnelleren Ergebnis und Klarheit für den Versicherten verbunden ist. In diesen Fällen geht das BSG von der entsprechenden Anwendbarkeit des § 63 SGB X aufgrund einer Regelungslücke aus (BSG 22.2.2024 – B 3 P 8/22 R). Daher besteht bei erfolgreichen, durch einen Rechtsanwalt formulierten Einwendungen gegen das Gutachten ein Anspruch auf Erstattung vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten (BSG 22.2.2024 – B 3 P 8/22 R). Die entsprechende Anwendung des § 63 SGB X wird dabei mit dem Gleichwertigkeitsgebot nach Abs. 1 S. 2, dem Gleichlauf des gerichtlichen Rechtsschutzes bei Einwendungen in der privaten Pflegepflichtversicherung und Widersprüchen in der sozialen Pflegeversicherung und mit den entsprechend geltenden Grundsätzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs begründet (BSG 22.2.2024 – B 3 P 8/22 R). Im Gegensatz dazu ist nach der BSG-Rspr. die **Rücknahme** einer auf einem fehlerhaften Gutachten beruhenden und daher **unrichtigen Leistungszusage** nach gegenwärtiger Rechtslage **ausgeschlossen** (folgt aus BSG 22.8.2001 – B 3 P 21/00 R, BSGE 88, 262 = SGB 2002, 333 = BeckRS 2002, 40106), während dies nach den Vorschriften des SGB X den Pflegekassen möglich ist. Obwohl die Sachlage grundsätzlich identisch ist, erfolgt eine unterschiedliche Handhabung. Daher wäre hier jedenfalls die Berücksichtigung der Rechtsgedanken, die den Vorschriften des SGB X zugrunde liegen, unter Beachtung der Besonderheiten des Zivil- und Versicherungsvertragsrechts angemessen (ähnlich Leube NZS 2003, 449 (454) wofür die Begründung in der Entscheidung des BSG vom 22.2.2024 – B 3 P 8/22 R sprechen würde). Das BSG wählt in dieser Konstellation einen anderen Weg und schließt eine entsprechende Anwendung der Vorschriften des SGB X hinsichtlich der Aufhebung von Leistungszusagen nicht gänzlich aus, macht diese jedoch von einer dahingehenden vertraglichen Vereinbarung zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer abhängig, zB im Rahmen der MB/PPV (so BSG 22.8.2001 – B 3 P 4/01 R, BSGE 88, 268 = NZS 2002, 317).

XII. Anrechnung von Versicherungszeit auf die Wartezeit

Private Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, sind nach Abs. 6 Nr. 2 verpflichtet, die **Versicherungszeit der versicherten Person in der sozialen Pflegeversicherung** auf die Wartezeit in der privaten Pflegepflichtversicherung **anzurechnen**. Dies wird in § 3 Abs. 4 MB/PPV dahingehend konkretisiert, dass die in der sozialen Pflegeversicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen ist. Das korrespondiert mit der entsprechenden Regelung für die soziale Pflegeversicherung gem. § 33 Abs. 3. § 3 Abs. 4 MB/PPV sieht zudem eine entsprechende Anrechnung der Versicherungszeit auf die Wartezeit bei einem Wechsel innerhalb der privaten Pflegepflichtversicherung vor. Die Wartezeit nach § 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c, Abs. 3 Nr. 4 verkürzt sich also um diese Versicherungszeit in der sozialen Pflegeversicherung oder in einer anderen privaten Pflegepflichtversicherung. Abs. 6 Nr. 2 bezieht sich nur auf die Anrechnung der Versicherungszeit in der sozialen Pflegeversicherung auf diese Wartezeit, nicht jedoch auf die Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren nach § 110 Abs. 3 Nr. 5, die zu einer Begrenzung der Prämienhöhe führt. Dies ergibt sich bereits aus dem Wortlaut des § 110 Abs. 3 Nr. 5, der sich nur auf die Vorversicherungszeit in der privaten Pflegepflichtversicherung oder privaten Krankenversicherung bezieht (aA LPK-SGB XI/Gallon/Kuhn-Zuber § 110 Rn. 30).

XIII. Rechtsweg

Nach § 51 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 S. 2 SGG ist die **Zuständigkeit der Sozialgerichte** über Streitigkeiten in Angelegenheiten der privaten Pflegeversicherung nach dem SGB XI gegeben (vgl. BSG 8.8.1996 – 3 BS 1/96, BSGE 79, 80 = VersR 1998, 486 = BeckRS 1996, 41207). Diese Streitigkeiten den Sozialgerichten zuzuordnen, ist verfassungsrechtlich nicht bedenklich (so BVerfG 31.1.2008 – 1 BvR 1806/02, SGB 2008, 532 = BeckRS 2008, 32554). Nach der Rechtsprechung des BSG ist die Zuständigkeit der Sozialgerichte nach § 51 Abs. 1 S. 2 SGG auch bezüglich der privaten Pflegepflichtversicherung hinsichtlich des Leistungs- und Leistungserbringerrechts des SGB XI gegeben, sofern die entscheidungserheblichen Vorschriften „im Grundsatz im SGB XI geregelt sind“ (BSG 9.2.2006 – B 3 SF 1/05 R. Rn. 8, BeckRS 2006, 41205 = NZS 2007, 34). Die Zuständigkeit des Sozialgerichts ist gegeben, „wenn die Streitigkeit entscheidend durch die Normen des SGB XI und den Sachzusammenhang zur sozialen Pflegeversicherung geprägt ist“ (so BSG 12.1.2023 – B 12 SF 1/21 R. Rn. 14, BeckRS 2023, 2129). Die Zuständigkeit der Sozialgerichte ist auch gegeben, wenn Gegenstand des Verfahrens Prämienrückstände oder die Kündigung der privaten Pflegepflichtversicherung (OLG Dresden 21.12.2016 – 4 W 968/16, BeckRS 2016, 110802; OLG Stuttgart 30.8.2016 – 7 W 37/16, BeckRS 2016, 16349 = NJW 2016, 3601; LSG BW 22.9.2021 – L 4 P 1402/21, BeckRS 2021, 30382 = r + s 2021, 645), die Wirksamkeit der Beitragserhöhung in der privaten Pflegepflichtversicherung (OLG Celle 3.7.2018 – 8 W 24/18, BeckRS 2018, 14916), ein Rücktritt oder eine Anfechtung der privaten Pflegepflichtversicherung sind (BGH 12.9.2018 – IV ZB 1/18, RuS 2018, 682 = VersR 2019, 59). Gerade durch den engen Bezug des Leistungsrechts in der privaten Pflegepflichtversicherung zu den leistungsrechtlichen Regelungen des SGB XI aufgrund des Gleichwertigkeitsgebots ist die Zuweisung zu den Sozialgerichten sinnvoll. Nur hinsichtlich der Fälle, die originär das private Versicherungsrecht betreffen, zB bei Fragen allein zum Versicherungsverhältnis, ist dies fraglich. Klagt ein Versicherungsnehmer der privaten Pflegepflichtversicherung gegen sein privates Versicherungsunternehmen in einer Angelegenheit, die seinen Vertrag über die private Pfl-

gepflichtversicherung betrifft, so ist grundsätzlich nach § 57 Abs. 1 SGG das Sozialgericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Kläger seinen Sitz, Wohnsitz, Aufenthaltsort oder Beschäftigungsort hat. Bei Sitz, Wohnsitz oder Aufenthaltsort des Klägers im Ausland bestimmt sich nach § 57 Abs. 3 SGG das örtlich zuständige Gericht nach dem Sitz, Wohnsitz oder Aufenthaltsort des Beklagten. **Statthafte Klagearten** sind dabei die Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG oder die Feststellungsklage nach § 55 SGG. Bei einem Zahlungsverzug des Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung ist im **Mahnverfahren nach § 182a Abs. 1 SGG, § 689 Abs. 1, 2 ZPO** das **Amtsgericht zuständig**, bei dem der Antragsteller, dh das private Versicherungsunternehmen, seinen allgemeinen Gerichtsstand hat. In einem anschließenden Klageverfahren ist das Sozialgericht sachlich zuständig. Die örtliche Zuständigkeit des Sozialgerichts richtet sich gem. § 57 Abs. 1 S. 2 SGG nach dem Sitz, Wohnsitz oder Aufenthaltsort des Beklagten, dh des Versicherungsnehmers. § 57 Abs. 1 S. 2 SGG greift nicht, wenn der Beklagte seinen Sitz, Wohnsitz oder Aufenthaltsort im Ausland hat. In dem Fall ist der Sitz, Wohnsitz oder Aufenthaltsort des Klägers, dh des privaten Versicherungsunternehmens, maßgeblich (Breitkreuz/Fichte/Breitkreuz, 2. Aufl. 2014, SGG § 57 Rn. 9).

- 45 Für Versicherungsnehmer** der privaten Pflegepflichtversicherung als Kläger oder Beklagte ist das **Sozialgerichtsverfahren** grundsätzlich **kostenfrei**. Private **Versicherungsunternehmen** haben hingegen bei Verfahren vor den Sozialgerichten gem. **§ 184 SGG** als Kläger oder Beklagte für jeden Rechtszug eine **Gebühr** zu zahlen. Dies verstößt nicht gegen den allgemeinen Justizgewährleistungsanspruch oder den allgemeinen Gleichheitssatz (BVerfG 31.1.2008 – 1 BvR 1806/02, SGB 2008, 532 = BeckRS 2008, 32554). Auf die Gebühr wird die Gebühr nach dem Gerichtskostengesetz für das Mahnverfahren nach § 182a SGG, §§ 688 ff. ZPO, das dem Klageverfahren wegen derselben Streitsache vorausgegangen ist, angerechnet (§ 184 Abs. 1 S. 3 SGG). Sofern dem Klageverfahren ein Mahnverfahren vorausgegangen ist, entscheidet das Gericht nach § 193 Abs. 1 S. 2 SGG, welche Partei die Gerichtskosten zu tragen hat. Die vorgerichtlichen Mahnkosten sind nach §§ 280, 286 BGB zu ersetzen (LSG Nds-Brem 16.2.2017 – L 15 P 35/16, BeckRS 2017, 161362; HessLSG 9.8.2018 – L 8 P 30/18, BeckRS 2018, 35383; BayLSG 2.2.2023 – L 4 P 5/21, BeckRS 2023, 3572). Die Aufwendungen, dh die **außergerichtlichen Kosten** der privaten Versicherungsunternehmen, sind nach **§ 193 Abs. 4 SGG nicht erstattungsfähig** (so auch bezüglich vorgerichtlicher Rechtsanwaltsgebühren als Verzugsschaden nach §§ 280, 286 BGB: LSG MV 27.9.2022 – L 6 P 2/22, BeckRS 2022, 27537; HessLSG 9.8.2018 – L 8 P 30/18, BeckRS 2018, 35383; LSG Nds-Brem 16.2.2017 – L 15 P 35/16, BeckRS 2017, 161362; BayLSG 2.2.2023 – L 4 P 5/21, BeckRS 2023, 3572). Darin ist weder ein Verstoß gegen den allgemeinen Justizgewährleistungsanspruch noch eine Verletzung der Grundrechte aus Art. 14 Abs. 1, 19 Abs. 4 S. 1 oder 3 Abs. 1 GG zu sehen (BVerfG 31.1.2008 – 1 BvR 1806/02, SGB 2008, 532 = BeckRS 2008, 32554). Vor den Sozialgerichten und Landessozialgerichten besteht nach § 73 Abs. 1 SGG kein Anwaltszwang. Die privaten Pflegeversicherungsunternehmen haben nach **§ 73 Abs. 4 S. 4 SGG** die Möglichkeit, sich vor dem BSG durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt vertreten zu lassen. Bei Streitigkeiten in Angelegenheiten der privaten Pflegepflichtversicherung ist die Zustellung gegen Empfangsbekanntnis durch das Gericht der Sozialgerichtsbarkeit gem. § 63 Abs. 2 SGG iVm § 174 ZPO auch an private Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, zulässig (BSG 1.10.2009 – B 3 P 13/09 B, SGB 2010, 432 = BeckRS 2009, 73565).

§ 24 Versicherungspflicht der Abgeordneten

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Wahlmöglichkeit	3
IV. Versorgungsleistungen iSv S. 2	4

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. ¹ Sie war im RegE nicht enthalten, Mitglieder des Deutschen Bundestages und der Parlamente der Länder vielmehr zunächst als versicherungspflichtig in § 18 Abs. 1 Nr. 5 vorgesehen (BT-Drs. 12/5262, 15). Die Regelung wurde aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses eingefügt (dort § 20b, BT-Drs. 12/5920, 32). Eine Begr. zu § 20b findet sich jedoch nicht (vgl. BT-Drs. 12/5952, 38). Seither erfolgte keine Änderung der Vorschrift.

II. Normzweck

§ 24 dient vorrangig durch Forderung eines Nachweises der Sicherstellung, dass ² die Mitglieder des Bundestages, des Europäischen Parlaments und der Parlamente der Bundesländer (Abgeordnete nach der Legaldefinition des S. 1) sowie der Bezieher von Versorgungsleistungen (S. 2) gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abgesichert sind. Da dies eine Versicherung voraussetzt, unterwirft die Vorschrift die von ihr erfassten Personen gleichzeitig auch der Versicherungspflicht. Die Vorschrift hat insoweit eher subsidiären Charakter, denn sie bildet nur in den Fällen einen originären Versicherungspflicht-Tatbestand, in denen nicht schon nach § 20 Abs. 3 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder nach § 23 Abs. 1 in der privaten Pflegeversicherung besteht. S. 2 erstreckt die Versicherungspflicht auch auf Bezieher von Versorgungsleistungen nach den jeweiligen Abgeordnetengesetzen, soweit für sie nicht schon aufgrund anderer Tatbestände Versicherungspflicht besteht. Eine Sanktionsmöglichkeit bei Nichterbringung des Nachweises sieht das Gesetz nicht vor.

III. Wahlmöglichkeit

Abgeordnete haben grds. eine **Wahlmöglichkeit**, ob sie einen Zuschuss zu den ³ Krankheitskosten entsprechend den für Beamte geltenden Beihilferegelungen in Anspruch nehmen wollen oder einen Zuschuss zum KV-Beitrag, wenn ein Arbeitgeberanteil nach § 249 SGB V nicht gezahlt wird oder ein Anspruch auf einen Zuschuss bei freiwilliger Mitgliedschaft in der GKV nach § 257 SGB V nicht besteht (§ 27 Abs. 2 S. 1 AbgG). Je nachdem, für welche Regelung der Krankheitskosten der Abgeordnete sich entschieden hat, besteht Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (bei freiwilliger Mitgliedschaft in der GKV) oder in der privaten Pflegeversicherung (wenn er privat krankenversichert ist). Abgeordnete, die gar nicht

oder über ein Sondersystem krankenversichert sind, sind ebenfalls in der privaten Pflegeversicherung verspflichtigt. Für Abgeordnete des Europäischen Parlaments kommt eine Versicherungspflicht entsprechend § 3 Nr. 2 SGB IV nur dann in Betracht, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. Auf die Staatsangehörigkeit kommt es dabei nicht an, soweit nicht eine Sonderregelung nach § 6 SGB IV eingreift (vgl. zu Europaabgeordneten anderer als deutscher Staatsangehörigkeit auch BeckOGK/Peters Rn. 4). Das Bestehen eines Pflegeversicherungsschutzes ist gegenüber dem jeweiligen Parlamentspräsidenten nachzuweisen. Dies gilt auch für Abgeordnete, bei denen die Versicherungspflicht aufgrund von § 20 Abs. 3 oder § 23 Abs. 1 besteht.

IV. Versorgungsleistungen iSv S. 2

- 4 Als Versorgungsleistungen iSv S. 2 kommen in Betracht: Die Altersentschädigung (bei Abgeordneten des BT: § 19 AbgG), die Hinterbliebenenversorgung (§ 25 AbgG) und auch das Übergangsgeld (§ 18 AbgG), nicht dagegen die Versorgungsabfindung (§ 23 AbgG).

§ 25 Familienversicherung

(1) ¹Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

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

(2) ¹Kinder sind versichert:

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

freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war. ²§ 10 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Aufbau der Vorschrift	3
IV. Familienversicherung von Ehegatten, Lebenspartnern und Kindern	4
V. Allgemeine Voraussetzungen der Familienversicherung nach Abs. 1	6
1. Wohnsitz des Familienangehörigen (Nr. 1)	7
2. Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aufgrund anderer Tatbestände (Nr. 2)	8
3. Pflichtversicherung in der privaten Pflegeversicherung (Nr. 3) ...	10
4. Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige (Nr. 4)	11
5. Gesamteinkommen oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze (Nr. 5)	12
6. Besonderheiten bei landwirtschaftlicher Krankenversicherung (S. 2)	13
VI. Voraussetzungen der Familienversicherung von Kindern (Abs. 2) ...	14

VII. Ausschluss der Familienversicherung von Kindern (Abs. 3)	Rn. 16
VIII. Familienversicherung für die Dauer des Wehr- oder Zivildienstes (Abs. 4)	17
IX. Übergangsrecht	18

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie entspricht weitgehend der Fassung des RegE (§ 21 RegE), vgl. Begr. des RegE S. 106. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurden in Abs. 1 S. 1 Nr. 1–5 sowie in Abs. 3 redaktionelle bzw. klarstellende Änderungen vorgenommen, Abs. 1 S. 2 und Abs. 4 wurden hinzugefügt (BT-Drs. 12/5920, 32). Auf Veranlassung des Vermittlungsausschusses wurde Abs. 2 S. 1 Nr. 3 um die Gleichstellung des freiwilligen ökologischen Jahres mit dem freiwilligen sozialen Jahr ergänzt (BT-Drs. 12/7323, 2). Abs. 4 wurde durch Gesetz vom 24.7.1995 (BGBl. I 961) geändert. Abs. 1 Nr. 5 wurde durch Art. 3 GKV-GesundheitsreformG vom 22.12.1999 (BGBl. I 2626) neu gefasst und S. 2 geändert. Abs. 4 wurde durch Gesetz vom 19.12.2000 (BGBl. I 1815) neu gefasst, um auch Dienstleistungen von Frauen nach § 58a SG einzubeziehen; eine weitere Änderung von Abs. 4 erfolgte durch Gesetz vom 22.4.2005 (BGBl. I 1106). Durch Gesetz vom 12.12.2007 (BGBl. I 2861) wurde in Abs. 4 der jetzige S. 2 angefügt. In Abs. 1 S. 1 und Abs. 3 wurde durch Art. 3 § 56 Nr. 6 des Gesetzes vom 16.2.2001 (BGBl. I 266) der Begriff „Ehegatte“ jeweils um den Begriff „Lebenspartner“ ergänzt. In Abs. 1 S. 1 Nr. 5 wurde der Betrag des zulässigen Gesamteinkommens mehrfach geändert, zuletzt durch Art. 6 Nr. 1 des zweiten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (vom 23.12.2002, BGBl. I 4621). In Abs. 1 S. 1 wurden durch Gesetz vom 21.3.2005 (BGBl. I 818) hinter dem Wort „Mitglieder“ die Wörter „sowie die Kinder von familienversicherten Kindern“ eingefügt. Die Formulierung von Abs. 2 Nr. 3 wurde durch Art. 2 Abs. 14 Gesetz zur Förderung von Jugendfreiwilligendiensten vom 16.5.2008 (BGBl. I 852) geändert. In Abs. 3 wurde durch das PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) das Wort „Beitragsbemessungsgrenze“ durch das Wort „Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch“ ersetzt. In Abs. 1 S. 1 Nr. 5 wurde durch Art. 5 des Gesetzes vom 5.12.2012 (BGBl. I 2474) die Höhe des zulässigen Gesamteinkommens bei geringfügig Beschäftigten auf 450 EUR erhöht. Abs. 2 S. 1 Nr. 3 wurde durch die Gesetze vom 28.4.2011 (BGBl. I 687 – Bundesfreiwilligendienst), vom 22.12.2011 (BGBl. I 2983 – GKV-VStG) und vom 8.4.2013 (BGBl. I 730 – Änderung des SG) geändert. Durch Art. 5 Nr. 1 GKV-VEG vom 11.12.2018 (BGBl. I 2387) wurde mWv 1.1.2019 in Abs. 1 S. 2 die Formulierung von „Abs. 1 Satz 2 bis 4“ in „Absatz 1 Satz 2 und 3“ geändert. Weitere Änderungen erfolgten sodann durch Art. 10 Nr. 4 TSVG (BGBl. 2019 I 646) vom 6.5.2019 mWv 11.5.2019: In Abs. 1 S. 1 Nr. 5 wurde Hs. 2 „bei Abfindungen (...)“ worden wäre“ neu eingefügt. Zudem wurde in Abs. 2 S. 1 Nr. 3 „ab dem 1. Juli 2011“ gestrichen und in Abs. 2 S. 1 Nr. 4 die vorherige Formulierung in „innerhalb der Altersgrenzen (...) ausgeschlossen war“ geändert. Durch Art. 10 Nr. 10 MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789) wurde mWv 1.1.2020 in Abs. 2 S. 2 Nr. 3 Hs. 4 („wird als Berufsausbildung (...)“) eingefügt. Ebenfalls mWv 1.1.2020 erfolgten durch Art. 2 Nr. 3 Buchst. a und b GVVG vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) Streichungen in Abs. 1 S. 1 Nr. 5 („für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro“) und in Abs. 2 S. 1 Nr. 3 Hs. 1 („oder Bundesfreiwilligendienst“). Zuletzt wurde § 25 durch Art. 10 Nr. 1 Gesetz zur Erhöhung des Schutzes durch den gesetzlichen Mindestlohn und zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung vom

28.6.2022 (BGBl. I 969) mWv 1.10.2022 geändert und in Abs. 1 S. 1 Nr. 5 der letzte Halbsatz eingefügt.

II. Normzweck

Die Vorschrift regelt die **beitragsfreie** (§§ 1 Abs. 6 S. 3, 56 Abs. 1) **Versicherung 2 von Familienangehörigen** in der sozialen Pflegeversicherung. Es handelt sich um ein wesentliches Element des Familienlastenausgleichs (vgl. BSG 25.1.2001 – B 12 KR 12/00 R, SozR 3–2500 § 10 Nr. 20 = BeckRS 2001, 40712; über § 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. f ist auch die beitragsfreie Versicherung von Kindern im Umfang des § 25 in der privaten Pflegeversicherung vorgesehen). Die Regelung des § 25 entspricht weitestgehend § 10 SGB V über die Familienversicherung in der GKV. Wer in der GKV familienversichert ist, hat diesen Status grds. auch in der sozialen Pflegeversicherung. Auch bezüglich der Familienversicherung gilt daher der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ (hierzu → § 20 Rn. 4). Keine Parallele in § 10 SGB V hat allerdings § 25 Abs. 4, wonach die Familienversicherung während der Dauer des Wehr- oder Zivildienstes bzw. der gleichgestellten Auslandsverwendung erhalten bleibt (hierzu → Rn. 17). Familienversicherte Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung haben uneingeschränkte Leistungsansprüche gegen die Pflegekasse, diese können auch (nur) von diesen gerichtlich geltend gemacht werden (vgl. HessLSG 5.3.2021 – L 6 P 4/21 B ER, BeckRS 2021, 6148 Rn. 25), der Bestand der Versicherung ist aber – ebenso wie in der GKV – abhängig von der Versicherung des Stammversicherten, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird, und daher zu dieser akzessorisch. Bei der Familienversicherung handelt es sich nicht um einen Fall der Versicherungspflicht (vgl. BSG 30.11.2017 – B 3 P 5/16 R, SozR 4–3300 § 33 Nr. 2 Rn. 23 = BeckRS 2017, 140662).

III. Aufbau der Vorschrift

Abs. 1 Nrn. 1–5 enthält allgemeine Voraussetzungen, die Ehegatten und Kinder 3 erfüllen müssen, um familienversichert zu sein; Abs. 1 S. 2 bezieht sich allein auf Besonderheiten bei Familienangehörigen von landwirtschaftlichen Unternehmern (vgl. → Rn. 13). Abs. 2 und 3 regeln besondere Voraussetzungen der Familienversicherung von Kindern: Abs. 2 S. 1 Nrn. 1–4 die Altersgrenzen, S. 2 mit der Bezugnahme auf § 10 Abs. 4 SGB V die Erweiterung auf Stiefkinder, Enkel, Pflegekinder und Kinder im Adoptionsverfahren sowie mit der Bezugnahme auf § 10 Abs. 5 die Wahl der Pflegekasse, wenn sich die Familienversicherung von mehreren Hauptversicherten ableitet, die bei unterschiedlichen Pflegekassen versichert sind. Abs. 3 schließt, wie in der GKV, solche Kinder von der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung aus, bei denen der Elternteil mit dem höheren Einkommen von der Versicherungspflicht befreit oder in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig ist. Zur Familienversicherung in der privaten Pflegeversicherung, die nur bei Kindern beitragsfrei ist, vgl. § 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. f und g, Abs. 3 Nr. 6. Nach Abs. 4 bleibt die Familienversicherung während der Dauer des Wehr- oder Zivildienstes oder bei einer gleichgestellten Auslandsverwendung erhalten.

IV. Familienversicherung von Ehegatten, Lebenspartnern und Kindern

Als **Ehegatte** ist familienversichert, wer mit dem Hauptversicherten eine gültige 4 Ehe geschlossen hat, die nicht geschieden, aufgelöst oder für nichtig erklärt ist.

Partner eheähnlicher Lebensgemeinschaften sind nicht familienversichert (BSG 10.5.1990 – 12/3 RK 23/88, BSGE 67, 46 = SozR 3–2200 § 205 Nr. 1 = BeckRS 1990, 46945), wohl aber **eingetragene Lebenspartnerschaften**. Ein Zusammenleben der Ehegatten ist ebenso wenig erforderlich wie eine Unterhaltsberechtigung. Die im Recht der Krankenversicherung früher (§ 205 Abs. 1 S. 1 RVO) erforderliche Unterhaltsberechtigung ist durch das GRG nicht übernommen worden. An ihre Stelle sind die Voraussetzungen in Abs. 1 Nr. 4 und 5 getreten.

- 5 Als **Kinder** sind neben den leiblichen auch die in § 10 Abs. 4 SGB V (Bezugnahme in Abs. 2 S. 2; s. hierzu v. Koppenfels-Spies/Wenner SGB V/Wiegand SGB V § 10 Rn. 13 ff.) Genannten familienversichert. Sie müssen nicht im Haushalt des Hauptversicherten leben oder von ihm unterhalten werden (Ausnahme: Stiefkinder und Enkel vgl. § 10 Abs. 4 S. 1 SGB V). Auch verheiratete Kinder sind von der Familienversicherung nicht ausgeschlossen. In Zweifelsfällen kann von der Pflegekasse die Feststellung des Bestehens einer Familienversicherung verlangt werden; zur Feststellungsklage des Hauptversicherten vgl. BSG 29.6.1993 – 12 RK 48/91, BSGE 72, 292 = SozR 3–2500 § 10 Nr. 2 = BeckRS 1993, 41213.

V. Allgemeine Voraussetzungen der Familienversicherung nach Abs. 1

- 6 § 25 Abs. 1 S. 1 enthält in Nr. 1 eine positive, in Nrn. 2–5 vier negative Voraussetzungen:

1. Wohnsitz des Familienangehörigen (Nr. 1)

- 7 Die Regelung entspricht § 10 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V. Der Familienangehörige muss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben – Nr. 1 (vgl. hierzu § 30 Abs. 3 SGB I). Scheidet der Stammversicherte, von dem der Familienangehörige die Familienversicherung ableitet, aus der Versicherungspflicht aus, weil der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in das Ausland verlagert wird, ist § 26 Abs. 2 S. 3, 4 zu beachten.

2. Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aufgrund anderer Tatbestände (Nr. 2)

- 8 Nr. 2 schließt, § 10 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V entsprechend, eine Familienversicherung aus, wenn aufgrund anderer Tatbestände Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht. Von den die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung begründenden Tatbeständen sind ausweislich des Verweises in Nr. 2 lediglich § 20 Abs. 1 Nrn. 9 und 10 (Studenten sowie Auszubildende ohne Arbeitsentgelt und Praktikanten) sowie § 20 Abs. 1 Nr. 12 (Auffangversicherungspflicht) ausgenommen. Wie in der GKV geht die Familienversicherung der Versicherungspflicht nach diesen Tatbeständen vor, im Übrigen ist sie nachrangig. Durch den Verweis auf § 20 Abs. 1 Nr. 11 sind auch die seit dem 1.1.2017 von dieser Regelung erfassten Rentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V in den die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung ausschließenden Personenkreis einbezogen. Nicht genannt in Nr. 2 ist § 21. Dies erweist sich vor dem Hintergrund als richtig, dass eine Familienversicherung eine Versicherung nach § 21 ausschließt, weil es sich um eine Absicherung gegen das Risiko der Krankheit im Sinne des „wenn-Satzes“ aE von § 21 handelt (s. auch BeckOGK/Peters Rn. 8). Demnach geht die Familienversicherung der Versicherung nach § 21 vor. Nach § 26 **Weiterversicherte** und nach § 26a **Beigetrete** haben zwar ebenfalls keine Erwähnung in § 25 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 gefunden, indes lässt sich hier mit der Annahme einer planwidrigen Regelungslücke

(so BeckOGK/Peters Rn. 8), aber auch nach dem Wortlaut und der Systematik (so jurisPK-SGB XI/Klein Rn. 39), ein Vorrang der Versicherung nach §§ 26, 26a vor der Familienversicherung begründen.

Ein Vorrang der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 greift nur ein, wenn tatsächlich eine freiwillige Versicherung in der GKV besteht. Unerheblich ist, ob der Familienangehörige eine solche hätte begründen können (BSG 23.2.1988 – 12 RK 33/87, BSGE 63, 51 = SozR 2200 § 165 Nr. 93). Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass ein freiwilliges Mitglied der GKV aus der freiwilligen Versicherung austritt und dadurch den Schutz der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung erlangt (zur GKV vgl. BSG 29.6.1993 – 12 RK 48/91, BSGE 72, 292 = SozR 3–2500 § 10 Nr. 2 = BeckRS 1993, 41213).

3. Pflichtversicherung in der privaten Pflegeversicherung (Nr. 3)

In Anlehnung an § 10 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V schließt Nr. 3 eine Familienversicherung für Angehörige aus, die in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind. Hierzu zählen auch die nach § 22 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreiten freiwilligen Mitglieder der GKV. Hiermit zusammen hängt der Verweis in § 25 Abs. 1 S. 2 auf § 10 Abs. 1 S. 4 SGB V. Der von dieser Regelung erfasste Personenkreis dürfte aber idR schon nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig sein, so dass die Vorschrift kaum praktische Bedeutung haben dürfte (s. auch BeckOGK/Peters Rn. 9).

4. Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige (Nr. 4)

Nr. 4 entspricht § 10 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V und schließt die Familienversicherung für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige aus. Hierdurch soll vermieden werden, dass ein nicht versicherungspflichtiger Selbstständiger durch Aufnahme einer niedrig vergüteten, aber (schon) versicherungspflichtigen „Nebenbeschäftigung“ den umfassenden Schutz der sozialen Pflegeversicherung erhält (BT-Drs. 11/2237, 159 zu § 5 Abs. 5 SGB V; s. auch BSG 23.7.2014 – B 12 KR 16/12 R, SozR 4–5420 § 3 Nr. 3 Rn. 19 = BeckRS 2014, 73193). Zur Abgrenzung von selbstständiger Tätigkeit und abhängiger Beschäftigung vgl. § 7 SGB IV. Der Ausschluss der Familienversicherung bei mehr als geringfügigem Einkommen wird aber schon durch Abs. 1 Nr. 5 begründet. Dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ (→ § 20 Rn. 4) folgend, ist die durch das GKV-VSG (vom 16.7.2015, BGBl. I 1211) mWv 23.7.2015 in § 5 Abs. 5 S. 2 SGB V eingefügte Vermutungsregelung bei Beschäftigung eines Arbeitnehmers auch im Rahmen von § 25 anzuwenden. Zu Divergenzen gegenüber § 10 Abs. 1 S. 2 SGB V (hauptberufliche selbstständige Tätigkeit in der Landwirtschaft) vgl. BeckOGK/Peters Rn. 10.

5. Gesamteinkommen oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze (Nr. 5)

Nr. 5 schließt – ebenso wie § 10 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V – die Familienversicherung bei einem regelmäßigen monatlichen Gesamteinkommen oberhalb von ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV aus (vgl. hierzu auch v. Koppenfels-Spies/Wenner SGB V/Wiegand SGB V § 10 Rn. 63 ff.). Zur Bestimmung des Gesamteinkommens vgl. § 16 SGB IV. Danach ist Gesamteinkommen die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. Nicht zu den regelmäßigen Einnahmen zählen grundsätzlich einmalige, nicht wiederkehrende Einkünfte und Zuwendungen (zB Abfindungen, Entschädigungen). Erhält der Versicherte nach einer ordentlichen Kündigung eine monatlich gezahlte Abfindung des Arbeitgebers, gehört diese nach der Rechtsprechung des BSG mithin zum Gesamteinkommen, während eine in einem Betrag ausgezahlte Abfindung zwar auch als

Gesamteinkommen angesehen wird, jedoch keinen monatlich regelmäßigen Einkommensbezug darstellt, der auf die nachfolgenden Monate anzurechnen wäre (BSG 9.10.2007 – B 5b/8 KN 1/06 KR R, SozR 4–2500 § 10 Nr. 8 = BeckRS 2009, 63684). Da folglich die Berücksichtigung einer solchen Leistung für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Familienangehörigen von der vertraglichen Vereinbarung zwischen dem Familienangehörigen und seinem vorherigen Arbeitgeber abhängt, konnte dies zu ungerechtfertigten Ungleichbehandlungen führen, denn auch lediglich einmalig ausgezahlte Entschädigungen, die als Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen gewährt worden sind, bestimmen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Person im Sinne regelmäßiger monatlicher Einkommensverhältnisse. Vor diesem Hintergrund wurde mWv 11.5.2019 (→ Rn. 1) – parallel zu der Änderung von § 10 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V – Nr. 5 Hs. 2 eingefügt. Danach wird bei Entlassungsentschädigungen, die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre. Durch die Neuregelung soll gewährleistet werden, dass auch eine einmalige oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Entlassungsentschädigung als Gesamteinkommen bei der Feststellung der für die Familienversicherung maßgeblichen Einkommensgrenze zu berücksichtigen ist (vgl. BT-Drs. 19/6337, 151 iVm 84f.). Bei Renten (Nr. 5 Hs. 3) wird der Zahlbetrag berücksichtigt ohne Beitragszuschuss zur KVdR. Dieser ändert sich durch Abtretungen oder Pfändungen nicht. Zur Rspr. zum Gesamteinkommen vgl. die Zusammenstellung bei BeckOGK/Peters SGB V § 10 Rn. 23. Eine Sonderregelung zu dem in Nr. 5 Hs. 1 genannten Grundsatz enthält der letzte Hs. der Nr. 5. Durch diese mWv 1.10.2022 (→ Rn. 1) eingefügte Regelung wird das zulässige Gesamteinkommen für Familienversicherte für geringfügig Beschäftigte an die Geringfügigkeitsgrenze von § 8 Abs. 1a SGB IV angepasst (vgl. BT-Drs. 20/1408, 34 iVm 32f.). Hierdurch soll sichergestellt werden, dass alle geringfügig Beschäftigten, die die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllen, diese erhalten (BT-Drs. 20/1408, 32f.).

6. Besonderheiten bei landwirtschaftlicher Krankenversicherung (S. 2)

- 13 S. 2 enthält Besonderheiten der Familienversicherung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. Die Regelung wurde durch den AuS-Ausschuss (BT-Drs. 12/5920, 37 zu § 21 E) eingefügt. § 7 Abs. 1 S. 3 KVLG 1989 trifft eine besondere Regelung zur Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten, S. 4 zur Feststellung des Gesamteinkommens eines Kindes. Nach § 7 Abs. 7 KVLG 1989 können die landwirtschaftlichen Krankenkassen die Familienversicherung durch Satzung auf sonstige Angehörige erstrecken. S. 2 will dies auch in der sozialen Pflegeversicherung ermöglichen.

VI. Voraussetzungen der Familienversicherung von Kindern (Abs. 2)

- 14 Abs. 2 macht die **Familienversicherung von Kindern** (zu denen auch die durch die Verweisung in S. 2 einbezogenen zählen, vgl. → Rn. 3) davon abhängig, dass bestimmte **Altersgrenzen** nicht überschritten werden. Die Regelung entspricht insoweit § 10 Abs. 2 SGB V. Von der Beschränkung aufgrund des Lebensalters sind nur **behinderte Kinder ausgenommen**, die außerstande sind, sich selbst zu unter-

halten (Nr. 4). Dies gilt jedoch nur dann, wenn die Behinderung von Geburt an, oder jedenfalls bereits zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind familienversichert war. Bestand die Behinderung bereits vor dem Inkrafttreten des SGB XI, greift die **Übergangsregelung** in Art. 40 PflegeVG ein (auch → Rn. 18). Ansonsten kommt eine Familienversicherung nach dem inzwischen auch eindeutigen Wortlaut nicht in Betracht, wenn die Behinderung erst eintritt, nachdem die Altersgrenzen nach Nrn. 1–3 überschritten sind (vgl. auch bereits BSG 28.11.1979 – 3 RK 28/78, BSGE 49, 159 = SozR 2200 § 205 Nr. 30 = BeckRS 1979, 612). MWv 11.5.2019 (vgl. → Rn. 1) wurde die Regelung dahingehend ergänzt, dass die Familienversicherung ohne Altersgrenze im Anschluss an eine beendete Vorrangversicherung nunmehr auch dann durchgeführt wird, wenn die Behinderung, aufgrund derer sich das Kind nicht selbst unterhalten kann, innerhalb der Altersgrenzen des Abs. 2 Nrn. 1–3 eingetreten ist und die Familienversicherung nur aufgrund einer Vorrangversicherung nicht durchgeführt werden konnte. Bis zu dieser Änderung konnten Menschen mit Behinderung, bei denen die Vorrangversicherung nach Erreichen der Altersgrenzen des Abs. 2 Nrn. 1–3 endete, nicht in die Familienversicherung einbezogen werden. Durch die Änderung sollen insbesondere Kinder mit Behinderungen, die eine Waisenrente beziehen und aufgrund dessen einer Vorrangversicherung unterliegen, nach dem Ende des Waisenrentenbezugs den Kindern mit Behinderungen gleichgestellt werden, die keine Waisenrente bezogen haben (BT-Drs. 19/6447, 152 iVm 85).

Falls nicht einer der Ausschlussgründe des Abs. 1 eingreift, sind Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ohne weitere Voraussetzungen familienversichert (Nr. 1). Bei fehlender Erwerbstätigkeit verlängert sich die Familienversicherung bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres. Eine Verlängerung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres des Kindes tritt ein (Nr. 3), wenn sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung von Jugendfreiwilligendienstern vom 16.5.2008 (BGBl. I 852) leistet. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch einen freiwilligen Wehr- oder einen Freiwilligendienst unterbrochen oder verzögert, so verlängert sich die Familienversicherung um einen der Dauer des Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus. Die Familienversicherung wird, sofern als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen wird, einheitlich zum Ablauf des Semesters beendet; längstens gilt dies jedoch bis zu dem Erreichen der Altersgrenze in Form der Vollendung des 25. Lebensjahres. Durch die Schaffung eines einheitlichen Beendigungstatbestandes sollte der Verwaltungsaufwand in Bezug auf die Erforderlichkeit einer jeweils taggenauen Bestimmung des Beendigungszeitpunkts der Familienversicherung und hierdurch insbesondere vermieden werden, dass nach taggenauer Beendigung der Familienversicherung trotz erfolgten Studienabschlusses noch für die Wochen bis zum Semesterende eine statutenrechtliche Krankenversicherung begründet werden muss (BT-Drs. 19/13397, 98 iVm 53).

VII. Ausschluss der Familienversicherung von Kindern (Abs. 3)

Abs. 3 ist weitgehend inhaltsgleich mit § 10 Abs. 3 SGB V und schließt eine Familienversicherung für Kinder aus, wenn der regelmäßig **höher verdienende Elternteil in der privaten Pflegeversicherung** versichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt (s. hierzu v. Koppenfels-Spies/Wenner SGB V/Wiegand SGB V § 10 Rn. 36 ff.). Der Ausschluss der Familienversicherung nach Abs. 3 greift nach seinem Wortlaut nur bei Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern, nicht jedoch bei nichtehelichen

chen Lebensgemeinschaften. Hierin liegt kein Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 iVm Art. 6 Abs. 1 GG (s. mit Blick auf § 10 Abs. 3 SGB V: BSG 25.1.2001 – B 12 KR 12/00 R, SozR 3–2500 § 10 Nr. 20 = BeckRS 2001, 40712). Abs. 3 ist auch anwendbar, wenn die Eltern nicht zusammenleben (vgl. BSG 29.6.2021 – B 12 KR 2/20 R, BSGE 132, 245 Rn. 14 = SozR 4–2500 § 10 Nr. 13 = BeckRS 2021, 40731 zu § 10 SGB V). Der höher verdienende Elternteil muss mit dem Kind verwandt sein. Dies richtet sich nach bürgerlichem Recht; bei einem Stiefkind liegt eine Verwandtschaft nicht vor. Zum Gesamteinkommen vgl. § 16 SGB IV, zur Beitragsbemessungsgrenze vgl. § 55 Abs. 2. Renten werden auch in diesem Zusammenhang mit ihrem Zahlbetrag berücksichtigt. Zu dem berücksichtigungsfähigen Gesamteinkommen des Ehegatten iSv Abs. 3 zählen auch ausländische Einkünfte, die im Inland nicht zu versteuern sind (vgl. BSG 29.6.2021 – B 12 KR 2/20 R, BSGE 132, 245 Rn. 14 ff. = SozR 4–2500 § 10 Nr. 13 = BeckRS 2021, 40731 zu § 10 SGB V). Der Fall, dass der höher verdienende Elternteil weder in der sozialen Pflegeversicherung noch in der privaten Pflegeversicherung versichert ist, wird in Abs. 3 nicht geregelt, dürfte aber angesichts der durch das GKV-WSG eingeführten Auffangversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 auch nur noch allenfalls selten auftreten (hierzu noch ausführlicher → 4. Aufl. 2015, Rn. 14).

VIII. Familienversicherung für die Dauer des Wehr- oder Zivildienstes (Abs. 4)

- 17 Abs. 4 enthält eine Abweichung von § 10 SGB V. Anders als in der GKV bleibt in der sozialen Pflegeversicherung die Familienversicherung für die Dauer des Wehr- oder Zivildienstes und gleichgestellter Dienste bestehen. In der GKV ist die Familienversicherung während der Dienstpflicht nicht erforderlich, weil ein Anspruch auf Heilfürsorge besteht. Eine vor Beginn der Dienstpflicht bestehende Versicherungspflicht oder freiwillige Mitgliedschaft in der GKV bleibt während des Wehr- oder Zivildienstes bestehen (§ 193 SGB V). Abs. 4 bezieht sich von daher nur auf die Fälle, in denen bei Antritt des Wehrdienstes eine Familienversicherung in der GKV besteht.

IX. Übergangsrecht

- 18 Art. 40 PflegeVG ergänzt § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 Hs. 2 über die altersunabhängige Familienversicherung behinderter Kinder. Die Vorschrift bezieht auch diejenigen Kinder in die Familienversicherung ein, deren Behinderung bereits vor dem Inkrafttreten des SGB XI bestanden hat (vgl. auch → Rn. 14).

§ 26 Weiterversicherung

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

cherung oder nach Geburt des Kindes bei der zuständigen Pflegekasse zu stellen.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Vorversicherungszeiten	3
IV. Weiterversicherung nach Beendigung einer Familienversicherung (Abs. 1 S. 2)	4
V. Beitrittsfristen	5
VI. Weiterversicherung bei Umzug ins Ausland	6

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie entspricht weitgehend dem RegE (§ 22 RegE), vgl. Begr. des RegE S. 106 f. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurden redaktionelle Anpassungen vorgenommen; in Abs. 1 S. 1 wurden die erforderlichen Vorversicherungszeiten von zwölf bzw. sechs auf 24 bzw. zwölf Monate erhöht (zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 38). In Abs. 2 S. 3 und 4 wurde durch Art. 3 § 56 Nr. 7 Gesetz vom 16.2.2001 (BGBl. I 266) hinter „Familienangehörige“ die Wörter „oder Lebenspartner“ eingefügt.

II. Normzweck

Personen, die aus der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (geregelt in §§ 20, 21) ausscheiden oder deren Familienversicherung (§ 25) endet, können sich unter bestimmten Voraussetzungen (Abs. 1 S. 1 und 2, Abs. 2 S. 1) in der sozialen Pflegeversicherung freiwillig Weiterversicherung. Die Weiterversicherung hat neben der **Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes** für den Pflegefall vor allem Bedeutung für die ab 1.1.1996 wirksam gewordenen **Vorversicherungszeiten** als Voraussetzung für die Leistungsgewährung (§ 33). Die Abhängigkeit der Berechtigung zur Weiterversicherung von Vorversicherungszeiten (Abs. 1 S. 1) soll Missbrauch vermeiden und einen Beitritt zur sozialen Pflegeversicherung erst im pflegenahen Lebensalter ausschließen. Eine freiwillige Weiterversicherung in der sozialen Pflegeversicherung kommt für privat Krankenversicherte nicht in Betracht, sie können sich allein in der privaten Pflegeversicherung gegen das Pflegefallrisiko absichern. Tritt bei ihnen ein Tatbestand ein, der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung begründet, so stellt § 33 Abs. 2 sicher, dass die in der privaten

Pflegeversicherung zurückgelegten Zeiten in der sozialen Pflegeversicherung als Vorversicherungszeiten anerkannt werden. Abs. 2 regelt die Weiterversicherung in der sozialen Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt. § 26 ist auch dann anwendbar, wenn ein Sachverhalt vorliegt, der von der VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. der VO (EG) Nr. 883/2004 erfasst wird und der Betroffene im Aufenthaltsstaat einer Pflichtversicherung mit Leistungen bei Krankheit unterliegt (s. hierzu EuGH 30.6.2011 – C-388/09, BeckRS 2011, 81042; BeckOK SozR/Baumeister Rn. 2a; Bernsdorff VSSR 2015, 195).

III. Vorversicherungszeiten

- 3 Die Weiterversicherung ist bei Personen, die aus der Versicherungspflicht nach § 20 (Katalog der Versicherungspflicht begründenden Tatbestände) oder § 21 (Versicherungspflicht für Personen, die nicht der GKV angehören) ausscheiden, davon abhängig, dass sie in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate in der sozialen Pflegeversicherung versichert waren. Die alternativ möglichen zeitlichen Voraussetzungen der Vorversicherungszeit sind aus § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V übernommen worden. Zur Frage, ob auch Zeiten einer Formalmitgliedschaft als Rentenantragsteller als Vorversicherungszeit zu berücksichtigen sind, vgl. BeckOGK/Peters Rn. 8.

IV. Weiterversicherung nach Beendigung einer Familienversicherung (Abs. 1 S. 2)

- 4 Weiterversicherung nach Beendigung einer Familienversicherung (Abs. 1 S. 2) oder bei fehlender Einbeziehung in die Familienversicherung nach § 25 Abs. 3: Satz 2 übernimmt die entsprechende Regelung in § 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Eine Vorversicherungszeit ist hier nicht erforderlich (s. auch BeckOGK/Peters Rn. 12). Kinder, die in die Familienversicherung nicht einbezogen werden, weil der höher verdienende Elternteil in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist (§ 25 Abs. 3) können deshalb vom Zeitpunkt der Geburt an der sozialen Pflegeversicherung freiwillig beitreten (vgl. hierzu → § 25 Rn. 14); in diesem Sonderfall besteht ein originäres Recht zur freiwilligen Versicherung (vgl. BeckOGK/Peters Rn. 11). Von Bedeutung ist das Recht zur Weiterversicherung nach S. 2 vor allem für Kinder, die die Altersgrenzen nach § 25 Abs. 2 überschreiten. Bei Ehegatten kann die Familienversicherung durch Tod des Mitglieds, Scheidung der Ehe oder Ausscheiden des Ehegatten aus der sozialen Pflegeversicherung erlöschen.

V. Beitrittsfristen

- 5 **Abs. 1 S. 3** regelt die Beitrittsfristen für die nach S. 1 und 2 zur Weiterversicherung Berechtigten. Auch hier lehnt sich die Vorschrift an die entsprechende Regelung der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 9 Abs. 2 SGB V) an. Der Antrag auf Weiterversicherung muss innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft bzw. bei den zuvor Familienversicherten nach dem Erlöschen der Familienversicherung gestellt werden. Bei Kindern, die wegen § 25 Abs. 3 von Geburt an nicht familienversichert sind, läuft die Antragsfrist vom Zeitpunkt der Geburt an.

VI. Weiterversicherung bei Umzug ins Ausland

Abs. 2 ermöglicht die Weiterversicherung in der sozialen Pflegeversicherung bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland. Da während des Auslandsaufenthaltes Leistungsansprüche nicht bestehen (§ 34 Abs. 1 Nr. 1; Ausnahme: Pflegegeld bei Wohnsitz in einem anderen Mitgliedsstaat der EU, vgl. EuGH 5.3.1998 – C-160/96, NJW 1998, 1767), handelt es sich um eine Anwartschaftsversicherung, für die ein ermäßigter Beitragssatz (§ 57 Abs. 5) vorgesehen ist. Verlegt das Mitglied seinen Wohnsitz ins Ausland, so endet damit auch die Familienversicherung der nach § 25 versicherten Angehörigen. Familienangehörige, die mit dem Mitglied ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, sind, soweit sie die Voraussetzungen des § 25 erfüllen, im Rahmen der Weiterversicherung auch familienversichert. Entfallen bei ihnen während des Auslandsaufenthaltes die Voraussetzungen der Familienversicherung, so muss innerhalb der Beitrittsfrist (Abs. 1 S. 3) ein Antrag auf Weiterversicherung nach Abs. 1 S. 2 gestellt werden. Familienangehörige, die im Inland verbleiben, müssen selbst einen Antrag auf Weiterversicherung stellen, da ihre Familienversicherung mit dem Tag endet, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt (Abs. 2 S. 4). Die Vorschrift berücksichtigt nicht die sich aus § 3 SGB IV ergebenden Besonderheiten, die jedoch auch im Hinblick auf die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu beachten sind. Von der Weiterversicherung nach Abs. 2 kann nur Gebrauch machen, wer seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt und gleichzeitig nicht aufgrund einer Beschäftigung im Inland der Versicherungspflicht unterliegt (vgl. hierzu BeckOGK/Peters Rn. 24). Ob die Regelung auch dann eingreift, wenn bei einem Wohnsitz im Ausland die inländische Beschäftigung aufgegeben wird, wie dies die Begr. des RegE im Hinblick auf Grenzgänger angenommen hat (BT-Drs. 12/5262, 106), erscheint zweifelhaft, da der Wortlaut diese Konstellation nicht umfasst. Andererseits dürfte eine ausweitende Auslegung in diesem Sinn aus europarechtlichen Gründen (vgl. EuGH 5.3.1998 – C-160/96, NJW 1998, 1767 = NZS 1998, 240) geboten sein, wenn es sich um Bürger eines anderen Mitgliedsstaates der EU handelt.

Der Anwendungsbereich des Abs. 2 ist auf Fälle beschränkt, in denen sämtliche Leistungsansprüche wegen des Wohnsitzes und gewöhnlichen Aufenthalts im Ausland ruhen. Wird der Wohnsitz und der gewöhnliche Aufenthalt in einen der in § 34 Abs. 1a genannten Staaten verlegt, so dass der Pflegegeldanspruch nicht ruht, kommt eine Weiterversicherung nur unter den Voraussetzungen von Abs. 1 in Betracht (BeckOK SozR/Baumeister Rn. 20 ff.).

§ 26a Beitrittsrecht

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

Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. ⁵Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) ¹Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. ²Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. ³Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. ⁴Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. ⁵Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Beitrittsrecht nach Abs. 1	3
IV. Beitrittsrecht nach Abs. 2	4
V. Beitrittsrecht nach Abs. 3	5

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 1c PflEG (vom 14.12.2001, BGBl. I 3728). Mit ihr hat der Gesetzgeber die Entscheidung des BVerfG vom 3.4.2001 (1 BvR 81/98, SozR 3–3300 § 20 Nr. 6 = NJW 2001, 1716) umgesetzt. Durch Art. 10 Nr. 3 Gesetz vom 27.12.2003 (BGBl. I 3022) wurde das Wort „Bundessozialhilfegesetz“ durch „Zwölftes Buch“ ersetzt.

II. Normzweck

Die Vorschrift schafft in einem sehr begrenzten Anwendungsbereich ein Beitrittsrecht zur sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegeversicherung, ohne dass zuvor die in § 26 geregelte Vorversicherung bestanden hat. Um eine negative Risikoselektion zu vermeiden, hatte der Gesetzgeber ursprünglich auf eine originäre freiwillige Versicherung ganz verzichtet. Das BVerfG (3.4.2001 – 1 BvR 81/98, BVerfGE 103, 225 = NJW 2001, 1716) hat es jedoch als verfassungswidrig angesehen, dass dadurch auch solche Personen von der Pflegeversicherung ausgeschlossen wurden, die im Hinblick auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit ebenfalls schutzbedürftig sind, beim Inkrafttreten des SGB XI jedoch nicht (gesetzlich oder privat) krankenversichert waren. Das BVerfG gab dem Gesetzgeber zudem auf zu prüfen, ob im Hinblick auf Art. 3 Abs. 1 GG ein Beitrittsrecht zur „gesetzlichen Pflegeversicherung“ auch solchen Personen einzuräumen ist, die nach dem In-Kraft-Treten des SGB XI keinen den Zugang zur Pflegeversicherung begründenden Tatbestand erfüllen und im Pflegefall keinen Anspruch auf Hilfe gegen einen Sozialleistungsträger haben.

III. Beitrittsrecht nach Abs. 1

Die Regelung in Abs. 1, deren zeitlicher Geltungsbereich bereits abgelaufen ist, betraf nur Personen, die bei Einführung der Pflegeversicherung am 1.1.1995 die Voraussetzungen der Versicherungspflicht oder Mitversicherung in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegeversicherung nicht erfüllten. Abs. 1 S. 2 hat von vornherein Personen ausgenommen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG (bzw. seit 1.1.2005 nach dem SGB XII) erhielten, weil ihr Schutz durch die Sozialhilfe sichergestellt wurde. Nach Ansicht des BSG (18.5.2005 – B 12 P 3/04 R, BeckRS 2005, 41948, mAnm Trenk-Hinterberger jurisPR-SozR 30/2005 Anm. 5) gilt der Ausschluss des Beitrittsrechts nach Abs. 1 S. 2 auch dann, wenn die Hilfe zur Pflege in Form der vollstationären Pflege geleistet wird, wenn die Hilfe zur Pflege zugleich den in der Einrichtung gewährten Lebensunterhalt umfasst. Der Beitritt konnte durch bloße Beitrittserklärung gegenüber einer Pflegekasse oder einem Versicherungsunternehmen der PKV bewirkt werden; diese unterlagen einem Kontrahierungszwang. Die Erklärung musste schriftlich, spätestens bis zum 30.6.2002, erfolgen. Der Versicherungsbeginn trat dann rückwirkend zum 1.4.2001 ein. Bei einem Beitritt zu einem Versicherungsunternehmen der privaten Pflegeversicherung kamen die (günstigeren) Konditionen des § 110 Abs. 1 zur Anwendung.

IV. Beitrittsrecht nach Abs. 2

Der von Abs. 2 erfasste Personenkreis unterscheidet sich von demjenigen des Abs. 1 nur dadurch, dass bei ihm die Voraussetzungen der Versicherungspflicht oder Mitversicherung in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegeversicherung nicht bei Einführung der Pflegeversicherung fehlten, sondern in der nachfolgenden Zeit bis zum Ende des Jahres (2001), in dem die Entscheidung des BVerfG ergangen ist. Diejenigen, die in dieser Zeit ohne zwingenden Grund eine private Krankenversicherung oder Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der GKV oder sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben, werden in Abs. 2 S. 2 vom Beitrittsrecht ausgeschlossen. Im Übrigen galten die zu Abs. 1 beschriebenen Voraussetzungen und Rechtsfolgen; bei einem Beitritt zu einem Versicherungsunternehmen der privaten Pflegeversicherung kam allerdings

§ 110 Abs. 3 zur Anwendung. Auch hier musste die Beitrittserklärung bis zum 30.6.2002 abgegeben werden.

V. Beitrittsrecht nach Abs. 3

- 5 Das in Abs. 3 geregelte Beitrittsrecht kann weiterhin ausgeübt werden. Beitrittsberechtigt sind zwei Personenkreise: Zuwanderer und Auslandsrückkehrer, die bei einer Wohnsitznahme im Inland keinen Versicherungspflicht-Tatbestand des SGB XI erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben; die Staatsangehörigkeit ist nicht maßgebend. Daneben sind Personen beitragsberechtigt, bei denen die Ausschlussgründe des Abs. 1 S. 2 (Bezug von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII oder Unvermögen, Beiträge zur Pflegeversicherung zu zahlen) nachträglich entfallen sind. Die in den Abs. 1 und 2 genannten Ausschlussgründe, vor allem eine nicht wahrgenommene Möglichkeit, der Pflegeversicherung anzugehören, gelten auch für den von Abs. 3 erfassten Personenkreis. Nach Abs. 3 S. 2 ist der Beitritt fristgebunden: drei Monate nach Wohnsitznahme oder Wegfall von Ausschlussgründen. Leistungsansprüche setzen auch bei einem Beitritt nach § 26a voraus, dass im Zeitpunkt der Antragstellung die in § 33 Abs. 2 festgesetzten Vorversicherungszeiten erfüllt sind.

§ 27 Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

¹Personen, die nach den § 20, § 21 oder § 21a Absatz 1 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. ²Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige oder Lebenspartner, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 eintritt. ³§ 5 Absatz 9 des Fünften Buches gilt entsprechend.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Entstehen des Kündigungsrechts und Normzweck	2
III. Ausüben des Kündigungsrechts	4
IV. Pflicht zum erneuten Abschluss eines Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung	6

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde mWv 1.1.1995 durch das PflegeVG vom 26.5.1994 (BGBl. I 1014) eingeführt. Die Fassung stimmte nahezu mit dem RegE überein (vgl. BT-Drs. 12/5262, 18, 107; BT-Drs. 12/5920, 34; BT-Drs. 12/5952, 39). S. 3 wurde durch das GKV-GesundheitsreformG vom 22.12.1999 mWv 1.1.2000 (BGBl. I 2626) neu angefügt. Mit Wirkung vom 1.8.2001 wurde durch das LPartG vom 16.2.2001 (BGBl. I 266) S. 2 um die Geltung des Kündigungsrechts auch für Lebenspartner erweitert. Durch Art. 1 Nr. 8 des PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) wurde mWv 30.10.2012 in S. 3 Abs. 10 durch Abs. 9 ersetzt. Dies ist eine bloße redaktionelle Änderung (vgl. BT-Drs. 17/9369, 40). In S. 1 wurde mWv 9.6.2021 durch das DVPfMG vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) der Eintritt der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 21a Abs. 1 ergänzt.

II. Entstehen des Kündigungsrechts und Normzweck

Das Recht zur Kündigung eines Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung entsteht nach S. 1 mit dem **Eintritt der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung** nach §§ 20, 21 oder 21a Abs. 1 der bislang privat pflegeversicherten Person. § 20 Abs. 1 macht die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung abhängig. Die Tatbestände, die zu dem Eintritt der Versicherungspflicht führen, sind daher mit denen des § 5 Abs. 1 SGB V identisch. Auch die Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 resultiert aus der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 SGB V. Der bei Eintritt dieser Versicherungspflicht bestehende Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung kann nach S. 1 **außerordentlich gekündigt** werden. Das gilt auch, wenn eine Person einen der in § 21 Nr. 1–6 aufgeführten Tatbestände erfüllt und zu dem Zeitpunkt keine gesetzliche oder private Krankenversicherung hat, aber gem. § 23 Abs. 4 Nr. 1 in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert ist. Das außerordentliche Kündigungsrecht steht auch Mitgliedern von Solidargemeinschaften zu, für die eine Versicherungspflicht gem. § 21a Abs. 1 eingetreten ist. Bezüglich der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung enthält § 21a Abs. 1 S. 2 noch die besondere Regelung, dass bei bereits in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Mitgliedern von Solidargemeinschaften – für die § 27 gerade gilt – die Versicherungspflicht nach § 21a Abs. 1 S. 2 als erfüllt gilt.

Das Kündigungsrecht bezieht sich auf die private Pflegepflichtversicherung, nicht jedoch auf private Pflege-Zusatzversicherungen. Es steht dem Versicherungsnehmer zu (vgl. § 13 Abs. 1 MB/PPV). Nach S. 2 entsteht ein solches Kündigungsrecht auch mit dem **Eintritt einer Familienversicherung nach § 25** für Familienangehörige oder Lebenspartner. Durch die Einräumung des Kündigungsrechts haben die bislang in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Personen die Möglichkeit, einer **Doppelversicherung** zu entgehen (so auch BT-Drs. 12/5262, 107). Gemäß § 14 Abs. 2 MB/PPV kann auch der Versicherer den Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung kündigen, wenn die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach §§ 20 oder 21 eingetreten ist.

III. Ausüben des Kündigungsrechts

Mit Entstehen des Kündigungsrechts hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, es für die versicherte Person auszuüben (s. § 13 Abs. 1 MB/PPV). Eine Pflicht zur Kündigung kann dem Wortlaut („können“) nicht entnommen werden. Allerdings ist eine Doppelversicherung wegen der doppelten Prämien- bzw. Beitragsbelastung und des Bereicherungsverbots nach § 200 VVG, § 5 Abs. 4 MB/PPV für den Versicherungsnehmer eher nachteilig (so auch Prölss/Martin/Voit, Versicherungsvertragsgesetz, 31. Aufl. 2021, § 205 Rn. 16). Das Kündigungsrecht ist ein außerordentliches (vgl. BT-Drs. 12/5262, 154). Erfolgt die Kündigung nach Eintritt der Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung, handelt es sich nach S. 1, 2 um eine **rückwirkende Kündigung** zum Eintritt der Versicherungspflicht nach §§ 20, 21, 21a Abs. 1 oder der Familienversicherung nach § 25.

Die Ausübung des Kündigungsrechts ist **zeitlich nicht begrenzt**. Die Möglichkeit der rückwirkenden Kündigung kann jedoch nicht unbegrenzt gegeben sein. In dieser Hinsicht ist die Vorschrift zusammen mit **§ 205 Abs. 2 VVG** zu lesen (vgl. BSG 29.11.2006 – B 12 P 1/05 R., BSGE 97, 285 ff. Rn. 10 = BeckRS 2009, 62700). § 205 Abs. 2 VVG sieht die Möglichkeit der außerordentlichen Kündigung einer Krankenversicherung, einer Pflegekrankenversicherung nach § 192 Abs. 6 VVG, zu der auch die private Pflegepflichtversicherung gehört, oder einer entspre-

chenden Anwartschaftsversicherung vor, wenn für die versicherte Person die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder sozialen Pflegeversicherung eintritt. Nach § 205 Abs. 2 S. 1, 2, 3, 5 VVG kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht der versicherten Person in der gesetzlichen Krankenversicherung oder sozialen Pflegeversicherung oder des Anspruchs der Familienversicherung den privaten Krankenversicherungsvertrag rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Wirksam ist diese Kündigung jedoch nur, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten, nachdem der Versicherer ihn dazu in Textform aufgefordert hat, diesem den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist (§ 205 Abs. 2 S. 2 VVG). Eine **spätere Kündigung** ist nach § 205 Abs. 2 S. 4 VVG **nicht mehr rückwirkend**, sondern wird zum Ende des Monats wirksam, in dem der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dies sieht § 13 Abs. 1 MB/PPV entsprechend für die Kündigung des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung vor.

IV. Pflicht zum erneuten Abschluss eines Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung

- 6 Durch die entsprechende Anwendbarkeit des § 5 Abs. 9 SGB V nach S. 3 wird dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ Rechnung getragen. § 5 Abs. 9 SGB V verpflichtet die privaten Krankenversicherungsunternehmen in bestimmten Fallkonstellationen nach Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer zum erneuten Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages zu den ursprünglich vereinbarten Bedingungen. Somit gilt nach S. 3 bei Kündigung des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung durch den Versicherungsnehmer nach S. 1 oder 2: kommt die Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach §§ 20, 21, 21a Abs. 1 oder 25 nicht zustande, besteht für das private Versicherungsunternehmen, bei dem der gekündigte Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung bestand, eine **Pflicht zum erneuten Abschluss eines solchen Vertrages**. Voraussetzung ist allerdings, dass der Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung vor seiner Kündigung mindestens fünf Jahre ununterbrochen bestanden hat (→ § 5 Abs. 9 S. 1 SGB V). Wenn die Versicherung nach §§ 5 oder 10 SGB V endet, bevor die Vorversicherungszeit nach § 9 SGB V erfüllt ist, ist das private Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Krankenversicherungsvertrag und dem folgend, einen Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung erneut abzuschließen. Aus dem Verweis auf § 5 Abs. 9 SGB V ergeben sich die einzelnen Voraussetzungen, der Vertragsbeginn des neuen Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung und die zeitliche Begrenzung der Pflicht zum erneuten Abschluss eines solchen Vertrages.

Viertes Kapitel. Leistungen der Pflegeversicherung

Vorbemerkungen zu §§ 28 bis 45f

Übersicht

	Rn.
I. Übersicht	1
II. Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts	2
1. Sachleistungsprinzip	2
2. Kostenerstattung	3a
3. Wahl der Leistungsart	4
4. Kombinationsleistungen	5
5. Leistungshöhe	6
III. Dauer der Leistung	11
IV. Betreuungspflichten der Pflegekassen	13
V. Übergangsrecht	14
1. Beim Inkrafttreten des PflegeVG	14
2. Bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	15

I. Übersicht

Im Vierten Kapitel des SGB XI (§§ 28–45f) sind die **Leistungen der Pflegeversicherung** geregelt. § 28 enthält eine **Übersicht** über die möglichen Leistungen und allgemeinen Grundsätze der Leistungserbringung. In den §§ 29–35 (Zweiter Abschnitt des Vierten Kapitels) sind die für alle Leistungen geltenden **allgemeinen Vorschriften** enthalten; insbesondere die Grundsätze, die die Pflegekassen bei der Leistungsgewährung zu beachten haben (zB das Wirtschaftlichkeitsgebot – § 29 und der Grundsatz des Vorrangs der Reha vor Pflege – § 31) sowie die formalen Leistungsvoraussetzungen (Antragsprinzip, Vorversicherungszeiten – § 33) und das Ruhen bzw. Erlöschen von Leistungsansprüchen (§§ 34, 35). In den §§ 36–43 sowie §§ 45a und 45b wird der **Inhalt der Leistungen** an Pflegebedürftige im Einzelnen geregelt. Bei **häuslicher Pflege** kann der Pflegebedürftige alternativ Pflegesachleistung (§ 36) oder Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37) oder eine Kombination beider Leistungsarten (§ 38) in Anspruch nehmen. **Pflegesachleistung** bedeutet, dass die häusliche Pflegehilfe auf Veranlassung der Pflegekasse durch geeignete Pflegekräfte erbracht wird. Der **Umfang der Leistungen** ist wie beim Pflegegeld von der nach §§ 14, 15 zu ermittelnden Stufe der Pflegebedürftigkeit abhängig. Bei **Verhinderung** der selbst beschafften Pflegeperson kann der Pflegebedürftige die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege beanspruchen (§ 39). Daneben erhält er bei Bedarf **Pflegehilfsmittel, technische Hilfen** in seinem Haushalt oder Zuschüsse für eine pflegerechte **Verbesserung des Wohnumfeldes** (§ 40) sowie digitale Pflegeanwendungen (§ 40a). In den §§ 41–43 sind unterschiedliche Formen der **stationären Pflege** vorgesehen. Hierzu zählen Tages- und Nachtpflege (§ 41), Kurzzeitpflege (§ 42) und vollstationäre Pflege (§ 43). Darüber hinaus sieht § 44 **Leistungen für nichterwerbsmäßige Pflegepersonen** (iSv § 19) vor. Für sie entrichten die Träger der Pflegeversicherung Beiträge zur GRV und gewährleisten ihren UV-Schutz (§ 44). Schließlich müssen die Pflegekassen nach § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anbieten. Nach § 44a können Pflegepersonen, die nach dem PflegezeitG ihre Beschäftigung ganz oder erheblich einschränken und dadurch ihren Krankenversicherungsschutz einbüßen, Zuschüsse

zu ihrer Krankenversicherung und Pflegeversicherung erhalten; darüber hinaus werden ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfe aus Beitragsmitteln der Pflegeversicherung gefördert (§ 45d). Bereits durch das PflEG war in § 45c die Grundlage für eine Förderung neuer Versorgungsstrukturen insbesondere für Demenzzranke geschaffen worden. Durch das PNG wurde in § 45e eine zeitlich befristete Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen eingeführt. In Art. 8 Nr. 3 des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (vom 23.12.2014, BGBl. I 2462) wurde durch § 44a Abs. 3 ein Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung wegen Klärung der Pflegesituation von Angehörigen neu konzipiert.

II. Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts

1. Sachleistungsprinzip

- 2 Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden dem Versicherten grundsätzlich als Sach- oder Dienstleistungen (Naturalleistungen) zur Verfügung gestellt; nur bei der häuslichen Pflege erhält er auf Antrag anstelle der Dienstleistung einen Geldbetrag (Pflegegeld bzw. Entlastungsbetrag), wenn er die erforderlichen Dienstleistungen selbst organisiert (§§ 37, 45b). Im Grundsatz entspricht dies dem in der GKV seit jeher geltenden Sachleistungsprinzip (vgl. Schuln KV-HdB/Schmitt § 28 Rn. 1 ff.). Die Pflegeleistungen werden von den Pflegekassen bzw. ihren Verbänden beschafft, indem sie durch Versorgungsverträge Leistungserbringer zulassen (§ 72, vgl. aber auch § 77), deren **Vergütung** auf der Grundlage einer Vergütungsregelung bzw. Gebührenordnung (§§ 89, 90) innerhalb von Höchstgrenzen (→ Rn. 3) **unmittelbar von der Pflegekasse** und nicht vom Pflegebedürftigen vorgenommen wird. Nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit erteilt die Pflegekasse dem Leistungserbringer, der vom Pflegebedürftigen (uU nach Beratung durch die Pflegekasse) ausgewählt worden ist (§ 2), zunächst eine **Kostenzusage**. Zur Dauer der Kostenzusage vgl. → Rn. 9. **Pflegehilfsmittel** werden, nachdem ihre Notwendigkeit von der Pflegekasse überprüft worden ist (§ 40 Abs. 1 S. 2), von Leistungserbringern, die über die Abgabe von Pflegehilfsmitteln Verträge mit den Pflegekassen abgeschlossen haben, an die Pflegebedürftigen abgegeben (§ 78).
- 3 Ein gravierender Unterschied zum Sachleistungsprinzip der GKV besteht darin, dass grundsätzlich **alle Pflegeleistungen** auf einen monatlichen Höchstbetrag **begrenzt** sind, ohne Rücksicht auf den im Einzelfall tatsächlich bestehenden Bedarf. Eine vergleichbare Leistungsbegrenzung ist in der GKV nur in einem eher peripheren Bereich, der Versorgung mit Zahnersatz (§ 30 SGB V) vorgesehen. Die Begrenzung des Leistungsrahmens tangiert die Qualifizierung der meisten Pflegeleistungen als Sachleistungen jedoch nicht. Maßgebend ist, dass die Pflegekassen innerhalb des Leistungsrahmens verpflichtet sind, den Pflegebedürftigen Pflegeleistungen zur Verfügung zu stellen und mit den Leistungserbringern abzurechnen. Das Sachleistungsprinzip wird zudem als Rechtfertigung für eine Qualitätskontrolle und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringer durch die Pflegekassen bzw. ihre Verbände (§§ 79, 80) gesehen. Ausfluss des Sachleistungsprinzips ist der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (§§ 12 Abs. 1, 69 Abs. 1), der sie verpflichtet, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, die zugleich dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entspricht. Für den Bereich der stationären Pflege ist der Sachleistungsanspruch durch die mit dem 1. SGB XI-ÄndG zunächst in Art. 49a PflegeVG und mit dem 3. SGB XI-ÄndG in § 43 Abs. 5 (vorübergehend) eingeführten Pauschbeträge erheblich modifiziert worden (vgl. → Rn. 7). Die zunächst nur als Provisorium angesehene Lösung, deren Geltungsdauer mehrfach verlängert

wurde, ist durch das PflegeWEG als Dauerlösung in § 43 Abs. 2 aufgenommen worden. Die Begrenzung der Leistungen bei stationärer Pflege wird seit dem 1.1.2022 durch eine Limitierung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (das ist die Differenz zwischen den Leistungen nach § 43 Abs. 2 und der vom Pflegeheim geforderten Höhe der Pflegevergütung) nach § 43c abgemildert.

2. Kostenerstattung

Eine **Selbstbeschaffung der Pflegeleistungen durch den Pflegebedürftigen** 3a mit anschließender Kostenerstattung ließ das SGB XI ursprünglich nur im Rahmen des § 91 (zugelassene Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvertrag mit Pflegekassen) zu; auch hier muss es sich jedoch um eine zugelassene Pflegeeinrichtung handeln. Erstmals mit dem PflegeG wurden in §§ 45a und 45b zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt; bei denen Aufwendungen erstattet werden; der Leistungsrahmen wurde im PflegeWEG und erneut im PNG ausgeweitet. Mit der Einfügung von § 45b Abs. 1a wurden Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen auch für Pflegebedürftige eingeführt, die nicht in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im PSG II zum 1.1.2017 ist die Grundlage für eine Sonderbehandlung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz entfallen. Mit der Zuordnung zu einem Pflegegrad hat dieser Personenkreis seit der Reform Zugang zum allgemeinen Leistungssystem. § 45b enthält allerdings weiterhin eine im Wege der **Kostenerstattung** geltend zu machende zusätzliche Leistung, die nunmehr Entlastungsbetrag genannt wird und grundsätzlich allen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege zusteht. Bei Pflegebedürftigen, die ab 1.1.2017 dem Pflegegrad 1 zugeordnet werden, bildet der Entlastungsbetrag gem. § 28a Abs. 2 im Wesentlichen die einzige wiederkehrende Leistung. Das **Pflegegeld ist keine Kostenerstattung**, sondern nur pauschalierter Kostenersatz; wobei die Höhe bewusst nicht an den effektiv entstehenden Kosten ausgerichtet worden ist.

3. Wahl der Leistungsart

Hinsichtlich der **Wahl der Leistungsart** – ambulante Pflege (in der Form der häuslichen Pflege als Sachleistung oder des Pflegegeldes) oder stationäre Pflege (teil- oder vollstationäre Pflege) – garantiert das SGB XI das **Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen** (§ 2). Die Leistungsart hängt nicht vom Pflegegrad (bzw. zuvor der Pflegestufe) ab, der er zugeordnet ist. Der Pflegegrad ist allein für die Höhe der Leistung innerhalb der jeweiligen Leistungsart maßgebend. Dies gilt auch für die vollstationäre Pflege, die nicht verweigert werden kann, wenn häusliche Pflege objektiv möglich ist. Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie anstelle der in § 43 Abs. 2 aufgeführten Leistungen einen Zuschuss iHv 125 EUR monatlich (§ 43 Abs. 4 iVm § 28a Abs. 2). Im 1. SGB XI-ÄndG wurde mit § 43a eine weitere Leistungsart begründet: Findet die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe statt, erbringt die Pflegeversicherung zum Ausgleich der pflegebedingten Aufwendungen eine pauschale Geldleistung.

4. Kombinationsleistungen

Das Gesetz lässt Kombinationen der verschiedenen Formen von Pflegeleistungen zu: § 38 regelt eine Kombination der Leistungen bei ambulanter Pflege. Nimmt der Pflegebedürftige die häusliche Pflegehilfe in der Form der Sachleistung nicht in dem Umfang in Anspruch, der ihm aufgrund des Pflegegrads zusteht, so erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld (vgl. → § 38 Rn. 3 ff.). Anteiliges Pflegegeld wird neben

Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§ 38 S. 4) sowie teilweise auch neben vollstationärer Pflege gewährt (§ 38 S. 5). **§ 41 Abs. 3** sieht eine Kombination von teilstationärer und ambulanter Pflege vor: Der Pflegebedürftige kann Tages- und/oder Nachtpflege in Anspruch nehmen und daneben Pflegegeld erhalten oder Pflegesachleistung bis zur Höhe der in § 36 Abs. 3 genannten Grenzwerte beanspruchen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt. Eine besondere Form der Kumulation von Leistungen bei häuslicher Pflege ist im Rahmen von **§ 39** möglich: Bei Verhinderung einer Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr auch dann, wenn der Pflegebedürftige daneben im höchstzulässigen Umfang Pflegesachleistung oder teilstationäre Pflege erhält (vgl. → § 39 Rn. 5).

5. Leistungshöhe

- 6 Die Höhe der Pflegeleistungen ist bei allen Leistungsarten **begrenzt**. Kann der Bedarf des Pflegebedürftigen damit nicht gedeckt werden, so muss er eigene Mittel oder Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Nimmt der Pflegebedürftige von einer zugelassenen Pflegeeinrichtung, die keine Vergütungsregelung mit den Pflegekassen abgeschlossen hat, Pflegeleistungen in Anspruch, so ist wegen der nicht gedeckten Kosten ein Rückgriff auf die Sozialhilfe ausgeschlossen (§ 91 Abs. 2 S. 3).
- 7 Bei den Leistungen zur ambulanten Pflege und bei der teilstationären Pflege hängt die Höhe der Leistungen vom **Pflegegrad** ab, der der Pflegebedürftige zugeordnet ist. Seit dem PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) verstärkt der Gesetzgeber den Leistungsumfang der häuslichen Pflege, schafft dort zusätzliche Angebote (etwa den Wohngruppenzuschlag) und lässt Kumulationen unterschiedlicher Leistungsarten zu (teilstationäre Versorgung neben Leistungen bei häuslicher Pflege) während bei den Leistungen der stationären Pflege insbesondere in den unteren Pflegestufen (jetzt Pflegegrade) das Niveau weitgehend unverändert bleibt. Der Gesetzgeber setzt damit eine Empfehlung der Rürup-Kommission aus dem Jahr 2003 um, die eine Absenkung der Leistungssätze der Pflegestufen I und II bei stationärer Pflege auf die Höchstgrenzen der Pflegesachleistung bei häuslicher Versorgung (§ 36) empfohlen hatte, um Fehlanreize zu vermeiden und dem gesetzlich postulierten Vorrang der häuslichen Pflege wieder Geltung zu verschaffen. Bei den Leistungen der vollstationären Pflege ist der Pflegegrad (mit Ausnahme des Pflegegrads 1) für die Höhe der Zuzahlung, die der Pflegebedürftige neben der Pauschalleistung der Pflegekasse zu entrichten hat, nach der Reform durch das PSG II nicht mehr ausschlaggebend, weil die stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind, mit den Pflegekassen einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu vereinbaren (§ 84 Abs. 2 S. 3); zur Limitierung der Eigenanteile nach § 43c → Rn. 3.
- 8 Nach der Einbeziehung der durch PSG I (mWv 1.1.2015) bewusst nur übergangsweise festgesetzten Leistungsbeträge in § 123 Abs. 3 und 4 aF in das allgemeine Leistungssystem ergeben sich ab 1.1.2017 die nachfolgend aufgeführten Pauschal- bzw. Höchstbeträge:

	Entlastungs- betrag	Pflege- sachleistung	Pflege- geld	Teil- stationäre Pflege	Voll- stationäre Pflege
Pflege- grad 1	125 EUR	–	–	–	125 EUR
Pflege- grad 2	125 EUR	724 EUR	316 EUR	689 EUR	770 EUR
Pflege- grad 3	125 EUR	1.363 EUR	545 EUR	1.298 EUR	1.262 EUR

	Entlastungs- betrag	Pflege- sachleistung	Pflege- geld	Teil- stationäre Pflege	Voll- stationäre Pflege
Pflege- grad 4	125 EUR	1.693 EUR	728 EUR	1.612 EUR	1.775 EUR
Pflege- grad 5	125 EUR	2.095 EUR	901 EUR	1.995 EUR	2.005 EUR

Bei vollstationärer Pflege sollten nach der ursprünglichen Gesetzesfassung pflegebedingte Aufwendungen unabhängig von der Pflegestufe bzw. Pflegeklasse (vgl. § 84 Abs. 2 S. 2 aF) bis zu 2.800 DM/1.432 EUR (in Härtefällen bis zu 3.300 DM/1.688 EUR) monatlich von der Pflegekasse übernommen werden, soweit die vollstationäre Unterbringung erforderlich war; andernfalls sollte ein Zuschuss in Höhe der für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Pflegesachleistung gewährt werden (§ 43 Abs. 4 aF). Die entsprechenden Regelungen sind jedoch tatsächlich seit dem Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung am 1.7.1996 nicht angewandt worden, weil zugleich Übergangsvorschriften in Kraft traten (Art. 49a § 1 PflegeVG), die die Leistungspflicht der Pflegekasse je nach Pflegestufe auf pauschale Geldbeträge begrenzten. Diese Leistungsgrenzen sind nach dem Auslaufen von Art. 49a PflegeVG zum 31.12.1997 durch das 3. SGB XI-ÄndG mWv 1.1.1998 in § 43 Abs. 5 aF übernommen worden, der zunächst bis zum 31.12.2001 befristet war (Art. 3 Nr. 4 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Im PflEG wurde die Befristung bis zum 31.12.2004 verlängert. In der Vorbereitung des GKV-Modernisierungsgesetzes hatte man sich zunächst darauf verständigt (BT-Drs. 15/4751, 68), die Finanzverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen „erst ab 2007“ auf die GKV zu übertragen; hieraus resultierte eine weitere Verlängerung der Regelung über die pauschalen Leistungssätze in Abs. 5 aF bis 30.6.2007. Zur Umsetzung der geplanten und über Jahre verschobenen Übernahme der Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen durch die GKV ist es in der Folgezeit allerdings nicht gekommen. Mit Art. 8 Nr. 13 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) wurde der als Provisorium gedachte Abs. 5 weitgehend unverändert in § 43 Abs. 2 übernommen.

Zur **Vermeidung von Härten** war in dem bis Ende 2016 geltenden Leistungssystem für besonders schwerwiegende Fälle eine Erhöhung der für Pflegebedürftige der Pflegestufe III vorgesehenen Leistungen vorgesehen; allerdings nur bei der häuslichen Pflegehilfe in Form der Pflegesachleistung (§ 36 Abs. 4 aF) und bei der vollstationären Pflege (§ 43 Abs. 3 aF). Die Pflegekassen durften von dieser Ausnahmeregelung allerdings nur in einer bestimmten Anzahl von Fällen Gebrauch machen: bei der Pflegesachleistung lag die Grenze bei 3 vH, bei der vollstationären Pflege bei 5 vH der bei einer Pflegekasse versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III. Die hierfür aufgestellten Richtlinien wurden vom BSG als rechtswidrig angesehen (BSG 30.10.2001 – B 3 P 2/01 R, BSGE 89, 44 = SozR 3–3300 § 36 Nr. 3 = BeckRS 2002, 40305), weil sie die genannten Quoten bei weitem nicht erreichten. Anstelle der früheren Härtefälle wurde in dem mit dem PSG II in Kraft getretenen Leistungssystem der Pflegegrad 5 geschaffen.

III. Dauer der Leistung

Das SGB XI legt nicht fest, für welchen Zeitraum Leistungen zu bewilligen sind, die ihrer Natur nach für einen längeren Zeitraum benötigt werden (häusliche Pflege, Pflegegeld, stationäre Pflege). Pflegebedürftigkeit ist **grundsätzlich ein Dauerzustand**, was bereits aus § 14 Abs. 1 S. 3 (Mindestdauer sechs Monate) deutlich wird

(BSG 17.3.2005 – B 3 P 2/04 R, SozR 4–3300 § 14 Nr. 6 = NZS 2006, 40). Die Pflegeleistungen sind deshalb im Regelfall auf Dauer zu bewilligen; für eine abschnittsweise (etwa monatliche) Bewilligung bietet das SGB XI keine Grundlage (vgl. BSG 25.10.1994 – 3/1 RK 51/93, SozR 3–2500 § 57 Nr. 4 = BeckRS 1995, 40072). **Änderungen** der bei Erlass des Bewilligungsbescheides bestehenden Verhältnisse sind nach **§ 48 SGB X** zu beurteilen (eingehend hierzu: BSG 7.7.2005 – B 3 P 8/04 R, BSGE 95, 57 = SozR 4–1300 § 48 Nr. 6 = SGB 2006, 320 = BeckRS 2005, 43326). Soweit für eine **Befristung** ein konkreter Anlass vorlag, konnte schon nach dem ursprünglich Rechtszustand eine entsprechende Nebenbestimmung sachlich gerechtfertigt sein (§ 32 Abs. 2 SGB X). Dies konnte etwa der Fall sein, wenn im zeitlichen Zusammenhang mit der Bewilligung von Pflegeleistungen Reha-Maßnahmen eingeleitet wurden oder wenn von vornherein feststand, dass eine nichterwerbsmäßige Pflegekraft nur für einen bestimmten Zeitraum zur Verfügung stand. Mit dem PflegeWEG hat der Gesetzgeber mWv 1.7.2008 detaillierte Regelungen über die Befristung der Zuordnung zu einer Pflegestufe (jetzt Pflegegrad) und der Leistungsbewilligung in § 33 Abs. 1 S. 4–8 festgelegt.

- 12 Führt eine **Nachuntersuchung** durch den MD (vgl. § 18 Abs. 2 S. 5) zu dem Ergebnis, dass der Pflegebedürftige bereits seit einem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist, so sind gem. § 48 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB X von diesem Zeitpunkt an höhere Leistungen zu gewähren, soweit diese rechtzeitig beantragt wurden (vgl. → § 33 Rn. 3). Hat der Pflegebedürftige in der Zwischenzeit zusätzliche Pflegeleistungen auf eigene Kosten in Anspruch genommen, sind diese zu erstatten.

IV. Betreuungspflichten der Pflegekassen

- 13 Der Pflegekasse obliegen gegenüber den Pflegebedürftigen, uU auch gegenüber sonstigen Versicherten zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Betreuungspflichten, die über die Gewährung der in den §§ 36–45 aufgeführten Leistungen erheblich hinausgehen. Sie ergaben sich schon nach der ursprünglichen Rechtslage insbesondere aus §§ 7 Abs. 2 und 12 Abs. 2. § 7 Abs. 2 enthielt bereits in der ursprünglichen Fassung des SGB XI spezielle Unterrichts- und Beratungspflichten, die sich auch auf Leistungen anderer Träger beziehen. Nach § 12 Abs. 2 muss die Pflegekasse die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen koordinieren und für ein nahtloses und störungsfreies Ineinandergreifen der erforderlichen Leistungen sorgen, auch soweit es sich um gesundheitliche oder soziale Leistungen handelt, für die andere Leistungsträger zuständig sind (vgl. → § 12 Rn. 7). § 7a enthält einen Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung und Ausarbeitung eines auf den einzelnen Pflegebedürftigen abgestellten Versorgungsplans (vgl. hierzu → § 7a Rn. 3 ff.).

V. Übergangsrecht

1. Beim Inkrafttreten des PflegeVG

- 14 Nach **Art. 45 PflegeVG** wurden Pflegebedürftige, die bis zum 31.3.1995 **Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53–57 SGB V** erhalten haben, ohne erneute Antragstellung mWv 1.4.1995 in die **Pflegestufe II** eingestuft; sie erhielten Leistungen der Pflegeversicherung in dem Umfang, der für Pflegebedürftige iSd § 15 Abs. 1 Nr. 2 (Pflegestufe II) vorgesehen war. Die Pflegekassen wurden damit an die von den Krankenkassen nach den §§ 53 ff. SGB V erlassenen Leistungsbescheide gebunden. Das Vorliegen der Voraussetzungen der Pflegestufe II wurde unterstellt; dh im Zuge einer Neufeststellung konnte es nur dann zu einer

Herabstufung kommen, wenn sich der Pflegebedarf durch Umstände verringert hatte, die nach dem 1.4.1995 eingetreten waren (BSG 30.10.2001 – B 3 P 7/01 R, BeckRS 2001, 30215389). Machte die Pflegekasse nach § 48 SGB X eine wesentliche Änderung zuungunsten des Versicherten geltend, konnte nicht auf die bei Erlass des Erstbescheides tatsächlich existierenden Verhältnisse abgestellt werden, weil die Leistungsbewilligung nach Pflegestufe II auf einer Fiktion beruhte (LSG Bln-Bbg 15.2.2012 – L 27 P 26/11, BeckRS 2012, 68789). Auf Antrag des Pflegebedürftigen erfolgte Einstufung in die **Pflegestufe III**, wenn festgestellt wurde, dass die Voraussetzungen dieser Pflegestufe vorlagen (Art. 45 S. 2 PflegeVG); dies setzte ein neues Feststellungsverfahren durch die Pflegekasse unter Einschaltung des MD voraus. Bei einer Antragstellung bis zum 30.6.1995 erfolgte die Zuordnung zur Pflegestufe III ab dem 1.4.1995; bei späterer Antragstellung ab dem Zeitpunkt der Antragstellung.

2. Bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Die im PSG II und III enthaltenen Überleitungsregelungen (§§ 140–145), die die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verbundene Umstellung des Leistungssystems der Pflegeversicherung, insbesondere die Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade begleiten, verfolgen vor allem das Ziel, bisherige Leistungsbeziehungen durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter zu stellen als nach altem, bis Ende 2016 geltendem Recht. Daher erfolgt die Überleitung grundsätzlich in einen Pflegegrad, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind. Für Fälle, in denen dieses Ziel durch die in § 140 Abs. 2 geregelte „automatische“ Zuordnung von einer bisherigen Pflegestufe in einen neuen Pflegegrad nicht ohne weiteres sichergestellt ist, wird ein Besitzstandsschutz geschaffen (§ 141). Für Ansprüche auf Leistungen bei stationärer Pflege wurde im Hinblick auf die Einführung eines einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (§ 84 Abs. 2 S. 3 nF) bei Leistungsbeziehern der Pflegegrade 2–5 ein spezieller Zuschlag kreiert (§ 141 Abs. 3 nF), der Mehrbelastungen beim Eigenanteil ausgleicht. Zu Einzelheiten der Überleitungs- und Übergangsregelungen im Leistungsrecht vgl. §§ 140–145.

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),
- 3a. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a),
[bis 30.6.2025:]
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
[ab 1.7.2025:]
4. Verhinderungspflege (§ 39 in Verbindung mit § 42a),
5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
- 5a. ergänzende Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a in Verbindung mit § 40b) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a in Verbindung mit § 40b),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
[bis 30.6.2025:]
7. Kurzzeitpflege (§ 42),

[ab 1.7.2025:]

7. *Kurzzeitpflege (§ 42 in Verbindung mit § 42a),*

[bis 30.6.2025:]

7a. *Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42a),*

[ab 1.7.2025:]

7a. *Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42b),*

8. *vollstationäre Pflege (§ 43),*

9. *Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),*

9a. *Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),*

10. *Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),*

11. *zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),*

12. *Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),*

12a *Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),*

13. *Entlastungsbetrag (§ 45b),*

14. *Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches gemäß § 35a,*

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

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

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

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

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Leistungskatalog (Abs. 1)	3
IV. Anspruch auf Pflegeberatung (Abs. 1a)	4
V. Ambulant betreute Wohngruppen (Abs. 1b)	4a
VI. Leistungsumfang bei beihilfeberechtigten Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung (Abs. 2)	5
VII. Qualität der Leistungen (Abs. 3)	9
VIII. Sterbebegleitung (Abs. 4)	13
IX. Ziel der Pflegeleistungen und Berücksichtigung von Kommunikationsbedürfnissen	14

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch das PflegeVG (vom 26.5.1994, BGBl. I 1014) eingeführt worden. Abs. 1, 3 und 4 entsprechen der Fassung des RegE (§ 24 RegE, BT-Drs. 12/5262, 107 f.). Abs. 2 wurde aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses eingefügt (BT-Drs. 12/5920, 34 f., zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 39). Durch das 1. SGB XI-ÄndG wurde der Katalog der Leistungen der Pflegeversicherung in Abs. 1 um die Leistung „Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43a)“ ergänzt. Die bisherigen Nr. 9 und 10 wurden hierdurch Nr. 10 und 11; Nr. 9 wurde durch das SGB IX (vom 19.6.2001, BGBl. I 1046) an die Diktion des SGB IX angepasst. Die jetzige Nr. 14 wurde durch das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch (vom 27.12.2003, BGBl. I 3022) (seinerzeit als Nr. 12) eingefügt. Durch das PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) wurden folgende Änderungen vorgenommen: Nr. 11 wurde neu eingefügt, die bisherige Nr. 11 wurde Nr. 12, Nr. 13 wurde neu eingefügt, die bisherige Nr. 12 wurde Nr. 14, Abs. 1a wurde neu eingefügt. Das PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) hat folgende Änderungen gebracht: Abs. 1 Nr. 5 wurde redaktionell geändert, Abs. 1 Nr. 15 und Abs. 1b wurden eingefügt. Im PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) wurde Abs. 1 Nr. 13 redaktionell geändert. Durch das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (vom 23.12.2014, BGBl. I 2462) wurden in Nr. 11 nach dem Wort „Pflegezeit“ die Wörter „und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung“ eingefügt. Der durch das HPG (vom 1.12.2015, BGBl. 2114) hinzugefügte Abs. 5 wurde durch das PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) zu Abs. 4, der bisherige Abs. 4 wurde ebenso wie Abs. 1b S. 2 aufgehoben. In Abs. 1 wurden Nr. 9a und 12a eingefügt und Nr. 13 erneut neu gefasst. Durch das BTHG (vom 23.10.2016, BGBl. I 3234) erfolgte die Anpassung an die neue Normierung des persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX in Nr. 14; mit dem PpsG (vom 11.12.2018, BGBl. I 2394) wurde in Nr. 9 die Änderung der Leistungen des § 43a nachvollzogen und das DVPMG (vom 3.6.2021, BGBl. I 1309) ergänzte den Leistungskatalog um den Leistungskomplex rund um die digitalen Pflegeanwendungen (Nr. 16 und 17). Diese wurden – in angepasster Form – durch das PUEG vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) zu Nr. 5a. Die bisherige Nr. 16 wird in angepasster Fassung die neue Nr. 5a, Nr. 16 wird folglich aufgehoben. Infolge der Aufnahme des § 40b in die neue Nr. 5a konnte auch die bisherige Nr. 17 aufgehoben werden, ohne dass damit eine inhaltliche Änderung verbunden war. Es folgten durch das PUEG weitere Umnummerierungen zum Zweck der Übersichtlichkeit. Ua wurde Nr. 15 zu Nr. 3a (vgl. BT-Drs. 20/6544, 84). Eine Ausweitung des Leistungskatalogs wurde damit nicht vorgenommen.

II. Normzweck

Abs. 1 enthält einen **Überblick über die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV)**; die Aufstellung hat für die soziale Pflegeversicherung abschließenden Charakter, soweit es um die eigentlichen Pflegeleistungen geht (zu Nebenleistungen und Reha vgl. → Rn. 3); wegen § 23 Abs. 1 S. 2 legt sie zugleich den **Mindeststandard für die private Pflegeversicherung** fest. Es handelt sich um eine Einweisungsvorschrift, die – wie etwa § 11 Abs. 1 SGB V für die GKV – nur informativ Charakter hat, ohne selbst bereits Ansprüche zu begründen. Die Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den nachfolgenden Vorschriften des Vierten Kapitels, insbesondere denen des dritten und vierten Abschnitts (§§ 36–45), sowie aus den Vorschriften über den leistungsberechtigten Personenkreis (insbesondere §§ 14 und 15). **Abs. 2 beschränkt die Leistungsansprüche** von Beihilfeberechtigten, die in der SPV versichert sind. **Abs. 3** enthält den **allgemeinen Grund-**

satz hinsichtlich des Inhalts der Leistungen der Pflegeversicherung, nämlich, dass diese dem **allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse** entsprechen müssen. Abs. 4 stellt entsprechend des Anliegens des HPG klar, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse dazu gehören (vgl. BT-Drs. 18/5170, 33).

III. Leistungskatalog (Abs. 1)

- 3 Die Aufstellung enthält keine Nebenleistungen, die die Pflegekasse vor allem in Form spezieller Aufklärung und Beratung gegenüber den Versicherten und ihren Angehörigen zu erbringen hat (§§ 7, 7a). Sie erfasst allein die eigentlichen Pflegeleistungen für die Pflegegrade 2–5 (bezüglich der Leistungen bei Pflegegrad 1 vgl. § 28a). Es fehlen auch die Leistungen zur Reha, die bei Eilbedürftigkeit vorläufig von der Pflegekasse zu erbringen sind (§ 32). Der Inhalt der im Katalog aufgeführten Leistungen ergibt sich aus den §§ 36 ff., die im Einzelfall durch allgemeine Grundsätze ergänzt werden, wie sie zB in § 2 (Selbstbestimmung), § 3 (Vorrang der häuslichen Pflege), § 4 und § 29 (Wirtschaftlichkeitsgebot) festgelegt sind.

IV. Anspruch auf Pflegeberatung (Abs. 1a)

- 4 Die mit dem PflegeWEG eingefügte Regelung in Abs. 1a hat vor allem eine klarstellende Funktion. Sie macht deutlich, dass der Gesetzgeber dem Rechtsanspruch auf Pflegeberatung nach § 7a, der zum 1.1.2009 eingeführt worden ist, besondere Bedeutung beimisst. Grundlegend neu ist dieser Anspruch nicht; er bestand zuvor bereits auf der Grundlage des § 7 (BSG 30.10.2001 – B 3 KR 27/01 R, BSGE 89, 50 (55) = SozR 3–3300 § 12 Nr. 1 = BeckRS 9999, 01518), wurde von den Pflegekassen aber kaum erfüllt. Zur Pflegeberatung zählt auf der Grundlage des § 7a jetzt auch eine individuelle Versorgungsplanung.

V. Ambulant betreute Wohngruppen (Abs. 1b)

- 4a Abs. 1b enthält nunmehr nur noch eine von ursprünglich zwei mit dem PNG eingeführte **Übergangsregelungen**. Die Regelung verweist (mWv 30.10.2012) auf § 45e, der eine **Anschubfinanzierung bei der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen** vorsieht, die zeitlich und im Hinblick auf die Gesamthöhe der Förderung begrenzt ist (§ 45e Abs. 2). Die bis zum 31.12.2016 geltende zweite Übergangsregelung, welche auf § 123 aF Bezug genommen hatte, wurde aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit einhergehenden Streichung des § 123 in der damaligen Fassung entbehrlich.

VI. Leistungsumfang bei beihilfeberechtigten Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung (Abs. 2)

- 5 Die Vorschrift bezieht sich allein auf solche **Personen mit Beihilfe- bzw. Heilfürsorgeanspruch**, die über § 20 Abs. 3 (freiwillige Mitgliedschaft in der GKV) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind und von der nach § 22 bestehenden Befreiungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht haben. Hierzu zählen nur relativ wenige Beihilfeberechtigte; diese unterhalten wegen der nicht durch den Beihilfeanspruch abgedeckten Krankheitskosten zumeist eine private Teilkostenversicherung, mit der Folge, dass Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversiche-

rung besteht (vgl. § 23 Abs. 3). Heilfürsorge- und beihilfeberechtigte Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung erhalten von ihrem Dienstherrn keinen Beitragszuschuss, dieser übernimmt stattdessen einen Teil der Aufwendungen bei Pflegebedürftigkeit (vgl. § 9 BhV 2004). Für sie gilt dafür ein um die Hälfte reduzierter Beitragsatz (§ 55 Abs. 1 S. 2); zur Beitragstragung vgl. § 59 Abs. 4 S. 1. Der Absenkung des Beitrags auf die Hälfte entspricht die **Reduzierung der Leistungen auf die Hälfte** des in den §§ 36 ff. vorgesehenen Umfangs.

Der Wortlaut des Abs. 2 lässt nicht erkennen, ob die Reduzierung der Leistungen auch für **Angehörige** gilt, die nach Beihilferecht berücksichtigungsfähig sind (§ 3 BhV 2004). Das Beihilferecht unterscheidet zwischen der beihilfeberechtigten Person (§ 2 BhV 2004) und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die keinen eigenen Beihilfeanspruch haben (vgl. hierzu auch BSG 6.11.1997 – 12 RP 1/97, BSGE 81, 177 (179) = SozR 3–3300 § 55 Nr. 2 = BeckRS 1997, 30002388). Das SGB XI verwendet jedoch den Begriff „Anspruch auf Beihilfe“ sowohl in § 28 Abs. 2 als auch in § 23 Abs. 3 nicht in diesem engen Sinn (BSG 6.11.1997 – 12 RP 1/97, BSGE 81, 177 (179) = SozR 3–3300 § 55 Nr. 2 = BeckRS 1997, 30002388). Nach der Begr. des AuS-Ausschusses (BT-Drs. 12/5952, 39) gilt die Reduzierung der Leistungen auf die Hälfte auch für beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige. Entscheidend für die Herabsetzung der Leistungen ist danach nicht der „Anspruch auf Beihilfe“, sondern der Status als berücksichtigungsfähige Familienangehörige, der sich von der Stammversicherung der Beihilfeberechtigten ableitet. Dies ist konsequent, weil die Familienversicherung sich in diesem Fall aus einer Stammversicherung mit halbem Beitragsatz ableitet. Abs. 2 erfasst dagegen nicht diejenigen Angehörigen, die eigenständig versichert sind (s. auch BSG 6.11.1997 – 12 RP 1/97, BSGE 81, 177 (179) = SozR 3–3300 § 55 Nr. 2 = BeckRS 1997, 30002388), obwohl auch sie uU im oben genannten Sinn einen Anspruch auf Beihilfe haben.

Die **Leistungsreduzierung** auf die Hälfte erfolgt **unabhängig vom Beihilfesatz** (vgl. GKV-Spitzenverband – Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Voraussetzungen des SGB XI vom 21.4.2021, § 28, S. 95; Bemessungssatz – § 14 BhV 2004), der für die Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen jeweils gilt. Abs. 2 enthält im Hinblick auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit eine eigenständige Regelung des Verhältnisses von sozialer Pflegeversicherung und Beihilfe, die den sonst im Beihilferecht geltenden Grundsatz der Subsidiarität (§ 5 Abs. 3 BhV 2004) verdrängt. Der Halbteilungsgrundsatz ist auch anzuwenden im Verhältnis zu Leistungen bei Pflegebedürftigkeit aus Sicherungssystemen, die gegenüber der Pflegeversicherung vorrangig sind. Diese werden im Rahmen von § 34 Abs. 1 Nr. 2 zur Hälfte auf den Leistungsanspruch aus der sozialen Pflegeversicherung und nicht vorrangig auf die Beihilfe angerechnet (BSG 29.4.1999 – B 3 P 15/98 R., SozR 3–3300 § 34 Nr. 1 = BeckRS 1999, 30057668). Die Auswirkungen des Halbteilungsgrundsatzes auf den Leistungsumfang der Beihilfe sind für den Umfang der Leistungen der Pflegekasse unbeachtlich. Soweit im Gesetzgebungsverfahren die Auffassung geäußert wurde, die Leistungen der Beihilfe und die anteiligen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung dürften zusammen die in den §§ 36 ff. vorgesehenen Höchstgrenzen nicht übersteigen, fehlt es jedenfalls für eine weitere Kürzung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung an einer Rechtsgrundlage (s. auch Hauck/Noftz/Reimer Rn. 10; LPK-SGB XI/Plantholz/Pöld-Krämer Rn. 15). Wegen des abweichenden Systems der Berechnung der beihilfefähigen Aufwendungen (vgl. hierzu § 9 BhV 2004) kann es nur beim Pflegegeld (sog. Pauschalbeihilfe gem. § 9 Abs. 4 BhV 2004) nicht zu einer Überschreitung der Höchstgrenzen der §§ 36 ff. kommen. Diese sind allerdings für den Beihilfeanspruch nicht verbindlich. Nach § 15 Abs. 1 S. 1 BhV 2004 darf die Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Pflegeversicherung lediglich die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht überschreiten. Diese Bezugsgröße ist bei Pflegesachleistungen und stationärer Pflege mit den Höchstgrenzen der Pflegeversicherung nicht deckungsgleich. Bei einer Überschreitung der

Höchstgrenzen der Pflegeversicherung durch das Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Beihilfe muss es deshalb nicht zwangsläufig zu einer Kürzung der Beihilfe kommen.

- 8 Was unter „**die jeweils zustehenden Leistungen**“ zu verstehen ist, wird nicht ganz deutlich. Abs. 2 enthält im letzten Hs. lediglich den Hinweis, dass die Reduzierung der Leistungen auf die Hälfte auch für den Wert von Sachleistungen gilt. Dies lässt nicht ohne Weiteres den Schluss zu, dass jeweils nur in den Fällen eine Absenkung auf die Hälfte erfolgen darf, in denen im Gesetz Geldbeträge für den Wert von Leistungen genannt sind, wie dies in §§ 36 Abs. 3, 40 Abs. 2, 41 Abs. 2 und 43 Abs. 2 und 3 der Fall ist. Der Hinweis auf die Gleichstellung von Sachleistungen ist vielmehr als Klarstellung zu verstehen; er soll deutlich machen, dass – ausgehend von der nur hälftigen Beitragsbelastung der von Abs. 2 erfassten Personengruppe – grundsätzlich alle Leistungen aus den §§ 36–43a jeweils nur zur Hälfte beansprucht werden können; s. auch GKV-Spitzenverband Rundschriften (→ Rn. 6). Bei den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 Abs. 1 handelt es sich nicht um Leistungen, die den Pflegebedürftigen zustehen. Bei der Beitragspflicht zur GRV ist der Halbteilungsgrundsatz im Rahmen von § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. c SGB VI zu beachten.

VII. Qualität der Leistungen (Abs. 3)

- 9 Die Verpflichtung der Pflegekasse und der Leistungserbringer, Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu erbringen, dient der **Sicherung der Qualität der Pflegeleistungen**; für die Pflegekasse ergibt sich die Pflicht bereits aus § 11 Abs. 1 S. 1. Sie ist Inhalt des **Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen** und muss von ihnen durch Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern umgesetzt werden (§ 69). Auf den Anspruch der Versicherten wirkt sich diese Pflicht insoweit aus, als die Versicherten bei den Sachleistungen der Pflegeversicherung einen Qualitätsstandard verlangen können, der den vorgegebenen Anforderungen entspricht. Gleichzeitig wirkt sich dieser Maßstab anspruchsbegrenzend aus: Leistungen, die über den anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse hinausgehen, können nicht beansprucht werden (vgl. hierzu § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V als entsprechende Vorschrift in der GKV).
- 10 Die durch das PQsG (vom 9.9.2001, BGBl. I 2320) zum 1.1.2002 in das SGB XI eingefügten §§ 112–120, welche durch das PSG II eine umfassende Änderung erfahren haben, sollen im Hinblick auf die Qualität der Pflege einen **überprüfbaren Mindeststandard** sicherstellen. Besondere Bedeutung kommt dabei § 113 Abs. 1 zu. Danach sind träger- und organisationsübergreifend Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu vereinbaren, die – sofern nicht von dem Kündigungsrecht nach § 113 Abs. 2 Gebrauch gemacht wurde – für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich sind (§ 113 Abs. 1 S. 9). Die Maßstäbe und Grundsätze werden von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 durch einen Qualitätsausschuss (§ 113b) vereinbart (vgl. hierzu ua Axer KrV 2015, 97). Durch das PSG II wurden insbesondere die Anforderungen an die Pflegedokumentation und an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Pflegequalität konkretisiert und ergänzt (BT-Drs. 18/5926, 98 f.; BT-Drs. 18/6688, 135). Der Gesetzgeber misst der **Qualitätssicherung** vor allem deshalb eine überragende Bedeutung bei, weil sie für die Akzeptanz der Pflegeversicherung durch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen von entscheidender Bedeutung ist (vgl. schon BR-Drs. 718/07, 193). Wird der nach § 113 **vereinbarte Qualitätsstandard** nicht erreicht, können die Pflegekassen (§ 115 Abs. 3) und die betroffenen Pflegebedürftigen (§ 10 Abs. 1 WBVG) die vereinbarte Pflegevergütung bzw. das Entgelt entsprechend kürzen.

Neben die eigentliche Qualitätskontrolle, die vor allem durch den Medizinischen Dienst (MD) sichergestellt werden soll (§§ 114, 114a), tritt damit als gemeinsame Aufgabe der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung von Pflegekassen und Leistungserbringerverbänden die Fortentwicklung der Fachlichkeit der Pflege durch **Entwicklung von Qualitätsstandards**, die die bislang weitgehend inhaltslose Formel „**allgemein anerkannter Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse**“, die in qualitativer Hinsicht den Leistungsanspruch der Versicherten und zugleich die Leistungspflicht der Erbringer von Pflegeleistungen umschreibt, mit judizierbaren Maßstäben versorgen soll. Pflegekassen und Leistungserbringerverbände sollen die Orientierung an Qualitätsinhalten in der Pflege vor allem durch die Entwicklung, Aktualisierung und Einführung von Expertenstandards (§ 113a) vorantreiben.

Mit finanzieller Förderung durch das BMG wurden bislang Expertenstandards zu den Themen „Dekubitusprophylaxe“, „Entlassungsmanagement“, „Schmerzmanagement in der Pflege“, „Sturzprophylaxe“, „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“, „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ sowie „Förderung der physiologischen Geburt“ erarbeitet. Auftragnehmer bei der Entwicklung, der Konsentierung und der Implementierung von in der Fachwelt anerkannten Expertenstandards war das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) als bundesweiter Zusammenschluss von Fachexperten in der Pflege (vgl. Igl/Schiemann (Hrsg.), Qualität in der Pflege, 2002, S. 205 ff. sowie die Homepage des DNQP unter <https://www.dnqp.de>). Die Pflegeeinrichtungen haben diese Standards bei der Leistungserbringung zu beachten und umzusetzen. Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden (§ 72 Abs. 3 S. 1 Nr. 4); werden Expertenstandards bei bestehendem Versorgungsvertrag missachtet, so ist dies ein Kündigungsgrund.

VIII. Sterbebegleitung (Abs. 4)

Durch das HPG wurde Abs. 4 neu gefasst und der Gesichtspunkt der Sterbebegleitung aufgenommen. **Pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung** gehören zu einer Pflege nach dem allg. anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege dazu. Dem Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen und den besonderen Bedürfnissen sterbender Menschen soll auch bei der Erbringung von Pflegeleistungen Rechnung getragen werden (BT-Drs. 18/5170, 33). Entsprechend zu dieser leistungsrechtlichen Klarstellung wurde § 75 Abs. 2 Nr. 1 dahingehend ergänzt, dass der Inhalt der Pflegeleistungen „einschließlich der Sterbebegleitung“ vertraglich zu regeln ist. Mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger sind insbesondere die Leistungen der GKV und die Leistungen durch die Hospizdienste gemeint. Das durch das HPG bezweckte flächendeckende Angebot an Palliativ- und Hospizleistungen wird im Zusammenhang mit der GVK vor allem dadurch realisiert, dass die Palliativversorgung als Regelleistung festgesetzt wird (§ 27 Abs. 1 S. 2 SGB V). Wichtig in diesem Zusammenhang sind auch die Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§§ 37b und 132d SGB V).

IX. Ziel der Pflegeleistungen und Berücksichtigung von Kommunikationsbedürfnissen

Auch unter der Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kommt der **Aktivierung der Pflegebedürftigen** eine entscheidende Bedeutung zu. Mit Wirkung

zum 1.1.2017 wurde – bei gleichzeitiger Streichung des Abs. 4 aF – das Pflegeziel der Aktivierung in die Regelung zur Selbstbestimmung in § 2 Abs. 1 S. 2 aufgenommen (vgl. BT-Drs. 18/5926, 118). Der Gesetzgeber sieht auch weiterhin die aktive Einbeziehung der Pflegebedürftigen als eine wesentliche Voraussetzung an, Pflegebedürftigkeit zu überwinden bzw. den Pflegezustand zu verbessern oder einer Verschlimmerung vorzubeugen. Bei der Pflege gehe es nicht nur darum, die erforderlichen Pflegemaßnahmen an den Pflegebedürftigen zu erbringen, diese stünden vielmehr im Mittelpunkt, bei der Ausgestaltung der Pflege seien ihre Persönlichkeiten zu achten (BT-Drs. 12/5262, 108 zu § 24 Abs. 3). Im Rahmen der §§ 14, 15 erwähnt das Gesetz die **aktivierende Pflege** nicht ausdrücklich. Dass das SGB XI insgesamt vom Leitbild der **aktivierenden Pflege** ausgeht (vgl. LPK-SGB XI/Klie § 15 Rn. 7), verdeutlicht vor allem § 6 Abs. 2, wonach die Pflegebedürftigen verpflichtet sind, an Maßnahmen der aktivierenden Pflege mitzuwirken; Pflegeeinrichtungen haben gem. § 11 Abs. 2 bei der Erbringung von Pflegeleistungen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

- 15 Auch die an Pflegepersonen und andere Menschen in der Umgebung der Pflegebedürftigen gerichtete Aufforderung, auf das **Kommunikationsbedürfnis der Pflegebedürftigen** einzugehen und Vereinsamungstendenzen entgegenzuwirken, bleibt trotz der Streichung des Abs. 4 S. 2 aF bestehen. Der Gesetzgeber hatte eine ausdrückliche Regelung für erforderlich gehalten, weil der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff überwiegend verrichtungsbezogen war. Da die Kommunikation unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht nur ein maßgebliches Kriterium bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit darstellt, sondern auch wesentlicher Bestandteil der Leistungserbringung ist, war die Regelung in Abs. 4 S. 2 aF nach Auffassung des Gesetzgebers nicht mehr nötig (BT-Drs. 18/5926, 118).

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

1. Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,
 2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
 3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,
 4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40,
 5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40,
 6. Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,
- [bis 30.6.2025:]
7. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42a,
- [ab 1.7.2025:]
7. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42b,
 8. einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,
 9. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
 10. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,

- 11. **Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,**
- 12. **den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,**
- 13. **die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b.**

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	6
III. Leistungskatalog	10
IV. Entlastungsbetrag	13
V. Zuschuss bei vollstationärer Pflege	15

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch das PSG II mit Wirkung ab dem 1.1.2017 eingefügt 1 (BGBl. 2015 I 2424). Sie ist idF des Gesetzentwurfs der Bundesregierung (BR-Drs. 354/15) ohne Änderungen im Gesetzgebungsverfahren in Kraft getreten, vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 18/6688.

Durch das PSG III wurde eine nicht gewollte Leistungslücke beim Anspruch auf 2 den Wohngruppenzuschlag für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 geschlossen, indem die Aufzählung in Nr. 3 um den Hs. 2 ergänzt wurde. Außerdem wurden die zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gem. § 44a in Nr. 7 aF neu eingefügt und die vorherige Nr. 7 wurde zur Nr. 8 aF.

Abs. 1 Nr. 9 und 10 idF bis 30.6.2023 wurden mWv 9.6.2021 durch das Digitale- 3 Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) zusammen mit den neuen §§ 39a, 40a und 40b eingefügt.

Durch Art. 1 Nr. 13 Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG vom 4 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurde die Norm mWz 1.7.2023 neu strukturiert und teilweise ergänzt. Die bisherigen drei Absätze wurden aufgelöst und die Regelung auf eine reine Aufzählung umgestellt. Die Inhalte wurden in die im alten Abs. 1 enthaltene Aufzählung integriert, die zT redaktionell angepasst und auf zwölf Nummern erweitert wurde.

Mit Wirkung vom 1.1.2024 wurde ebenfalls durch das PUEG (Art. 2 Nr. 3) 5 zudem eine neue Nr. 7 in die Aufzählung eingefügt mit dem Verweis auf die zum selben Zeitpunkt neu ins Gesetz eingefügte Leistung nach § 42a. Die Nr. 7–12 wurden dadurch zu Nr. 8–13. Eine weitere redaktionelle Änderung erfolgt mWv 1.7.2025 durch Art. 2a Nr. 4 PUEG, indem in Nr. 7 die Angabe „§ 42a“ durch die Angabe „§ 42b“ ersetzt wird.

II. Normzweck

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Leistungen der Pflegeversicherung 6 grundsätzlich erst ab dem Pflegegrad 2 gewährt werden sollen, da die im Pflegegrad 1 vorliegenden Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten nur als gering eingestuft werden, vgl. § 15 Abs. 3 Nr. 1. Gestützt auf die Empfehlungen der beiden vom BMG eingesetzten Expertenbeiräte zum Pflegebedürftigkeitsbegriff 2009 sowie 2013 sollen die Leistungen im Pflegegrad 1 der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit und der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit dienen. Nach der Gesetzesbegründung liegen die Beeinträchtigungen von Personen

im Pflegegrad 1 vorrangig im somatischen Bereich und erfordern Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung. Daneben sind beratende und edukative Unterstützungsangebote von Bedeutung. Insgesamt sollen Leistungen im Vordergrund stehen, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen.

- 7 Im Übrigen hat die Vorschrift den ausdrücklichen Zweck, einen Überblick über die Leistungen bei Pflegegrad 1 zu geben, damit die Pflegebedürftigen „die ihnen zustehenden Ansprüche leicht finden und realisieren können und somit möglichst selbstständig in der gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können“ (BR-Drs. 354/15, 126). Für die in der Norm aufgezählten Leistungen ergibt sich der Leistungsanspruch für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 idR aus den jeweils in Bezug genommenen Anspruchsnormen.
- 8 Allerdings setzt der Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag gem. § 38a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung voraus, dass die/der Pflegebedürftige Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b bezieht. Das bloße Bestehen der Ansprüche ohne eine tatsächliche Inanspruchnahme genügt nicht. Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 steht von den in § 38a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 genannten Leistungen nur der Entlastungsbetrag gem. § 45b Abs. 1 S. 1 zu. Damit sie den Wohngruppenzuschlag auch dann beanspruchen können, wenn sie den Entlastungsbetrag nicht beziehen oder diesen ansparen, gilt nach der durch das PSG III ergänzten Fassung von Nr. 3 der § 38a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 nicht.
- 9 Davon abgesehen hat § 28a entsprechend seiner systematischen Stellung im Abschnitt „Übersicht über die Leistungen“ im Wesentlichen deskriptive Funktion in Ergänzung des § 28 ohne Anspruch auf Vollständigkeit. So stand die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e auch Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 offen, vgl. § 28 Abs. 1b (→ § 45e Rn. 6), ungeachtet der Tatsache, dass ein Verweis darauf zunächst in § 28a fehlte (BT-Drs. 20/6544, 64). Dieser wurde erst durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG zum 1.7.2023 als neue Nr. 12 in die Aufzählung eingefügt und wurde ab 1.1.2024 zur Nr. 13. Darüber hinaus gelten grundsätzlich auch alle sonstigen Regelungen des SGB XI ebenfalls für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

III. Leistungskatalog

- 10 Die Aufzählung der Leistungen ist auch nach Ergänzung durch das PUEG nicht abschließend. Durch das PUEG wurde der Verweis auf die bislang fehlende Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e als neue Nr. 12 in die Aufzählung eingefügt und wurde ab 1.1.2024 zur Nr. 13. § 44a (zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung) wurde durch das PSG III in Nr. 7 aF noch nachträglich ergänzt. Darüber hinaus gelten die allgemeinen Leistungsgrundsätze und alle sonstigen Regelungen des SGB XI, die nicht ausdrücklich Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 vorbehalten sind, ebenfalls für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.
- 11 Die Ergänzung um die digitalen Pflegeanwendungen (Nr. 6) durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) zusammen mit den neuen §§ 39a, 40a und 40b mWv 9.6.2021 ist folgerichtig. Irritierend war allerdings die Formulierung in zunächst zwei getrennten Nummern (Nr. 9 und 10 aF), denn Nr. 10 aF verwies lediglich auf § 40b, der keine eigenständige Leistung enthält, sondern nur die betragsmäßige Begrenzung der Leistungen nach §§ 39a und 40a. Der Übersichtlichkeit und Systematik dienlicher wäre es daher gewesen, wenn der Inhalt von Beginn an integriert worden wäre, wie dies nunmehr durch das PUEG mWz 1.7.2023 in der zusammengefassten Nr. 6 geschehen ist.

Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 vorbehalten sind insbesondere die Pflegesachleistung nach § 36, das Pflegegeld nach § 37 sowie die Kombinationsleistung nach § 38, die Verhinderungspflege nach § 39, die Tages- und Nachtpflege nach § 41, die Kurzzeitpflege nach § 42, die vollstationäre Pflege nach § 43 mit Ausnahme des Zuschusses nach § 43 Abs. 3. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 werden nur bei Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 gewährt.

IV. Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben ebenfalls Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 S. 1 in Höhe von 125 EUR monatlich. Dies ergibt sich an sich schon aus der Norm des § 45b Abs. 1 S. 1 selbst, der für Pflegebedürftige ohne Einschränkung gilt. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag dabei grundsätzlich in gleicher Weise einsetzen wie Pflegebedürftige höherer Pflegegrade. Dies gilt sowohl für die Leistungsinhalte als auch die Art des Anspruchs, der gleichermaßen auf Kostenerstattung gerichtet ist. Schließlich muss auch Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 die Möglichkeit der Ansparung und Übertragung auf das folgende Kalenderhalbjahr nach § 45b Abs. 2 S. 2 gleichermaßen gewährt werden, weil Nr. 12 (Abs. 2 S. 2 aF) auf § 45b insgesamt verweist.

Eine Einschränkung im Unterschied zu Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 ergibt sich nur insofern, als Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 die Kombinationsmöglichkeit mit Leistungen der Verhinderungspflege nach § 45b Abs. 1 S. 4 mangels eines Anspruchs auf Verhinderungspflege nicht offen steht. Außerdem haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 nicht die Möglichkeit der Umwandlung nach § 45a Abs. 4, weil ihnen der zugrunde liegende Anspruch nach § 36 auf die Pflegesachleistung ebenfalls nicht zusteht. Diese beiden Möglichkeiten sind Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 vorbehalten.

V. Zuschuss bei vollstationärer Pflege

Im Falle der vollstationären Pflege erhalten Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 einen Zuschuss von 125 EUR monatlich. Dies ergibt sich bereits aus § 43 Abs. 3, auf den Nr. 8 Bezug nimmt. Wie schon bei den ambulanten Leistungen erhalten Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 damit einen erheblich niedrigeren Betrag als Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, vgl. § 43 Abs. 2. Bedeutsam ist im stationären Bereich zudem, dass die Regelung zu einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen nur für die Pflegegrade 2–5 gilt, vgl. § 84 Abs. 2 S. 3. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 müssen also bei vollstationärer Pflege unabhängig von dem für die jeweilige Einrichtung geltenden einheitlichen Eigenanteil die Kosten mit Ausnahme des monatlichen Zuschusses von 125 EUR tragen. Für teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege, § 41) steht ihnen der Entlastungsbetrag (§ 45b Abs. 1 Nr. 1) zur Verfügung.

Aus dem Vergleich mit den Leistungen bei häuslicher Pflege erklärt sich im Übrigen auch die Höhe des Zuschusses bei vollstationärer Pflege. Er entspricht dem Entlastungsbetrag nach § 45b, der nur bei häuslicher Pflege geleistet wird. Der Zuschuss nach § 43 Abs. 3 stellt somit das Äquivalent für den vollstationären Bereich zum Entlastungsbetrag nach § 45b dar. Durch die Gewährung des Zuschusses erkennt der Gesetzgeber an, dass auch Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 die Wahl einer stationären Versorgung je nach individueller Situation und Präferenzen offenstehen muss.

Zweiter Abschnitt. Gemeinsame Vorschriften

§ 29 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) ¹Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. ²Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit, Notwendigkeit	3
IV. Wirtschaftlichkeitsgebot und Selbstbestimmungsrecht	4
V. Leistungen nur von zugelassenen Leistungserbringern (Abs. 2)	5

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch das PflegeVG (vom 26.5.1994, BGBl. I 1014) eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 25 RegE; vgl. BT-Drs. 12/5262, 108).

II. Normzweck

- 2 **Abs. 1** entspricht weitgehend § 12 Abs. 1 SGB V. Dort umfasst das Wirtschaftlichkeitsgebot auch die Verpflichtung zu ausreichender Leistungsgewährung. Dies konnte in die Pflegeversicherung nicht übernommen werden, da deren Leistungen im Gegensatz zu denen der GKV der Höhe nach begrenzt und daher im Einzelfall nicht stets bedarfsdeckend sind (vgl. auch BT-Drs. 12/5262, 108). Welche Bedeutung der Gesetzgeber dem Wirtschaftlichkeitsgebot beimisst, wird schon daran deutlich, dass er diesen Grundsatz auch in § 4 Abs. 3 betont. Danach haben Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. Das Leistungserbringungsrecht enthält zudem in § 79 ein besonderes Verfahren zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit (zur Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgebots im Leistungserbringerrecht vgl. Udsching NZS 1999, 473 (477)). Dennoch kommt dem Wirtschaftlichkeitsgebot in der GKV im Hinblick auf die Leistungsbegrenzung eine ungleich größere Bedeutung zu; die Leistungen der Pflegeversicherung sind demgegenüber entweder von vornherein begrenzt oder unterliegen, wie etwa die Pflegehilfsmittel, einer speziellen Wirtschaftlichkeitsprüfung (vgl. § 78). **Abs. 2** stellt eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots dar, indem mit Rücksicht auf die finanziellen Verhältnisse der Versichertengemeinschaft festgelegt wird, dass Leistungen nur bei zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch genommen werden können (vgl. §§ 72 ff.).

III. Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit, Notwendigkeit

Wirksamkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen im engeren 3
Sinne sind die Komponenten des Wirtschaftlichkeitsgebots (vgl. hierzu ausführlich und mit vielen Nachweisen jurisPK SGB XI/Hauck Rn. 29 ff.). Es handelt sich jeweils um unbestimmte Rechtsbegriffe, die in vollem Umfang gerichtlich überprüfbar sind (vgl. ua BSG 7.11.2006 – B 1 KR 32/04 R Rn. 52, SRa 2007, 138, BeckRS 2006, 44987; noch zur RVO BSG 24.11.1983 – 8 RK 6/82, SozR 2200 § 182 Nr. 93 = BeckRS 1983, 30710567). Die Wirksamkeit einer Leistung ist nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beurteilen. Ob eine Leistung notwendig ist, bestimmt sich nach dem mit ihr verfolgten pflegerischen Zweck. Anders als in der GKV dürfte eine Pflegeleistung nicht erst dann **notwendig** sein, wenn sie unentbehrlich oder unvermeidlich ist, sondern schon dann, wenn sie die Pflegesituation spürbar verbessert. Dennoch beschränkt die Begrenzung auf das „Notwendige“ die Leistungen auf das Ausreichende und Erforderliche.

IV. Wirtschaftlichkeitsgebot und Selbstbestimmungsrecht

Das SGB XI hebt neben dem Wirtschaftlichkeitsgebot auch das Selbstbestim- 4
mungsrecht (§ 2) hervor. § 2 Abs. 2 schränkt die Freiheit der Pflegebedürftigen bei der Ausgestaltung der Hilfe nur durch das Kriterium der Angemessenheit ein; hiermit ist offensichtlich keine andere Grenze gemeint, als sie in Abs. 1 umschrieben wird. Eine Stufenfolge der Leistungsarten je nach dem Grad der für die Pflegekasse entstehenden Kosten lässt sich aus Abs. 1 nicht ableiten. Das heißt die Pflegebedürftigen können nicht auf die Inanspruchnahme von Pflegegeld anstelle von Pflegesachleistung verwiesen werden, wenn im häuslichen Umfeld eine Pflege durch Angehörige objektiv möglich wäre. Das Gleiche gilt für das Verhältnis von häuslicher Pflegehilfe und stationärer Pflege. Dem Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen, das nicht nur durch § 2, sondern letztlich durch Art. 1 Abs. 1 GG geschützt wird, kommt bei der Wahl der Pflegearten größeres Gewicht zu. Innerhalb der einzelnen Pflegearten kann sich das Wirtschaftlichkeitsgebot praktisch kaum auswirken. Die Höhe des Pflegegeldes steht mit der Zuordnung zu einem Pflegegrad fest; die Höchstsätze der vollstationären Pflege (§ 43 Abs. 1) sind so bemessen, dass für Wirtschaftlichkeitsreserven kein Raum bleibt. Bei der häuslichen Pflegehilfe als Sachleistung kann bis zur Grenze der Höchstbeträge zusätzlich anteiliges Pflegegeld beansprucht werden, wenn die Höchstbeträge durch die Sachleistung nicht ausgeschöpft werden (§ 38). Eine spezielle Ausformung des Wirtschaftlichkeitsgebots ist in **§ 91 Abs. 2** geregelt: Nehmen Pflegebedürftige eine Pflegeeinrichtung in Anspruch, die zwar zur Leistungserbringung zugelassen ist, aber keine Preisvereinbarung nach §§ 85, 89 abgeschlossen hat, können sie nur Kostenerstattung in Höhe von 80 vH der für die Sachleistung jeweils vorgesehen Beträge beanspruchen.

V. Leistungen nur von zugelassenen Leistungserbringern (Abs. 2)

Abs. 2 stellt eine spezifische Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots dar. § 72 5
Abs. 1 enthält eine entsprechende Regelung für die Pflegekassen. Danach dürfen die Pflegekassen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). Verträge haben die Pflegekasse oder deren Verbände mit solchen Leistungserbringern abgeschlossen, die sie durch Versorgungsvertrag zur Leistungserbringung

zugelassen haben oder mit denen nach § 73 Abs. 3 ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen gilt; eine vertragliche Regelung der Vergütung ist nicht erforderlich (zur Kostenerstattung vgl. § 91 Abs. 2). Als Leistungserbringer können auch einzelne Pflegekräfte zugelassen werden (§ 77 Abs. 1). Nehmen Pflegebedürftige Leistungen eines nicht zugelassenen Leistungserbringers in Anspruch, steht ihnen auch kein Anspruch auf Kostenerstattung zu. Nach § 4 Abs. 1 S. 1 besteht ein Kostenerstattungsanspruch nur dann, wenn das SGB XI dies vorsieht. Die in der GKV geltenden Erstattungsregelungen (§ 13 Abs. 3 SGB V: nicht rechtzeitige Erbringung unaufschiebbarer Leistungen und ungerechtfertigte Leistungsverweigerung) sind in das SGB XI nicht ausdrücklich aufgenommen worden. Es handelt sich jedoch um allgemeine Grundsätze, die auch in der sozialen Pflegeversicherung gelten (vgl. BSG 30.10.2001 – B 3 KR 2/01 R, SozR 3–2500 § 37 Nr. 3 = BeckRS 9999, 01516; 15.11.2007 – B 3 P 9/06 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 7 = BeckRS 2008, 51887). Anders ist dies bei der sog. Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V. Diese spezifisch auf Leistungen der Krankenbehandlung zugeschnittene Norm, kann nicht ohne gesetzliche Normierung auf die soziale Pflegeversicherung übertragen werden.

§ 30 Dynamisierung

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

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

I. Geltende Fassung

- 1 Die ursprüngliche Dynamisierungsvorschrift wurde mWv 1.1.1995 durch das PflegeVG (vom 26.5.1994, BGBl. I 1014) eingeführt. Seither erfolgten zahlreiche Änderungen der Norm. Durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurde die Regelung mit Wirkung zum 1.7.2023 vollständig umgestaltet.

II. Regelhafte Leistungsanpassung

- 2 Die Regelung betrifft die Anpassung der Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XI. Sie bezieht sich auf die **Leistungen der Pflegeversicherung**, die der Höhe nach zu beziffern sind, sowie auf die gesetzlichen Höchstbeiträge (ua Pflegesätze nach § 36 Abs. 3 und 4, Pflegegeld nach § 37 Abs. 1, Verhinderungspflege nach § 39, vollstationäre Pflege nach § 43 Abs. 2, etc). Durch den Verweis in § 87a Abs. 4 S. 3 gilt die Anpassungsregelung des § 30 auch für die Berechnung des Heimentgelts. Bis zum Inkrafttreten der neuen Fassung des § 30 am 1.7.2023 bestand eine Prüfungs- und Berichtspflicht der Bundesregierung, mit der der Gesetzgeber sicherstellen wollte, dass in regelmäßigen Zeitabständen (alle drei Jahre) geprüft wird, ob eine Dynamisierung der Leistungsbeträge notwendig ist. Damit sollte erreicht werden, dass die Kaufkraft der Leistungen der Pflegeversicherung langfristig erhalten bleibt (BT-Drs. 16/7439, 53). Dieses Anliegen besteht weiterhin. Da die Leistungs-

anpassungen aber nunmehr regelhaft erfolgen, ist die bisher jeweils turnusmäßig vorgesehene Prüfung durch die Bundesregierung nicht mehr erforderlich und wurde gestrichen (BT-Drs. 20/6544, 65).

Nach der Gesetzesbegründung zur Neufassung des Abs. 1 wird mit der Änderung vor dem Hintergrund der Leistungsanhebungen zum 1.7.2023 und zum 1.1.2024 die bisher für das Jahr 2024 vorgesehene allgemeine Leistungsdynamisierung in unveränderter Höhe auf das Jahr 2025 verschoben (Steigerung um 4,5 Prozent; BT-Drs. 20/6544, 64). Zum 1.1.2028 steigen die Leistungsbeträge dann **automatisch in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate** in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, sofern dieser nicht oberhalb der Lohnentwicklung im gleichen Zeitraum liegt. Dies zeigt, dass weiterhin die Entwicklung der Personalkosten im Mittelpunkt stehen soll, weil der durch Pflegebedürftigkeit verursachte Mehrbedarf in erster Linie durch Personalkosten bestimmt wird. Anders als bislang soll sich die Dynamisierung jedoch nicht an der kumulativen Inflationsentwicklung (Anstieg des Verbraucherpreisindex) orientieren. Es erfolgt ein **Übergang zur Kerninflationsrate als Dynamisierungsmaßstab**. Damit werden kurzfristige starke Preisschwankungen im Bereich der Energie- und Lebensmittelpreise in der Berechnungsgrundlage nicht berücksichtigt. Daraus ergibt sich ein kontinuierlicherer Verlauf der jeweiligen Dynamisierungsschritte (BT-Drs. 20/6544, 65). Die Regelung ist bislang beschränkt und betrifft nur den Zeitraum bis 2028. Zu den langfristigen Bestimmungsfaktoren der Leistungsdynamisierung wird die Bundesregierung im Rahmen ihrer Überlegungen zur langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung noch in der 20. Legislaturperiode Vorschläge erarbeiten (BT-Drs. 20/6544, 65). Dies bleibt abzuwarten. Die Verordnungsermächtigung, die bislang in Abs. 1 normiert war, ist entfallen.

Die neuen Beiträge für die Leistungen der Pflegeversicherung sind vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

§ 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

(1) ¹Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. ²Werden Leistungen nach diesem Buch gewährt, ist bei Nachuntersuchungen die Frage geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit zu prüfen.

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

(3) ¹Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes oder anderer von ihr beauftragter unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter (§ 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie schriftlich oder elektronisch unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung schriftlich oder elektronisch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie Angehörige, Personen des Vertrauens der Versicherten oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Versicherten versorgen, und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. ²Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungs-

pflcht hin. ³Soweit der Versicherte eingewilligt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. ⁴Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu informieren. ⁵Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Absatz 1 zu erbringen.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Allgemeines	2
III. Vorrang von Rehabilitationsmaßnahmen (Abs. 1)	3
IV. Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern (Abs. 2)	5
V. Aktivitäten der Pflegekassen bei angezeigter Rehabilitation (Abs. 3)	6

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch das PflegeVG (vom 26.5.1994, BGBl. I 1014) eingeführt worden (§ 27 RegE; vgl. Begr. des RegE, BT-Drs. 12/5262, 109). Durch das SGB IX (vom 19.6.2001, BGBl. I 1046) wurde die Formulierung der Vorschrift an den Sprachgebrauch des SGB IX angepasst (in Abs. 1, 3 und 4: statt „Rehabilitation“ „medizinische Rehabilitation“). Durch das PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) wurde Abs. 3 weitgehend neu gefasst; zugleich erfolgte die Aufhebung des bisherigen Abs. 4, weil dessen Regelungsgehalt in den des Abs. 3 einbezogen wurde. Eine erneute sprachliche Anpassung erfolgte durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2792). Aus dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wurde der Medizinische Dienst. Parallel zu der Ergänzung in § 18a Abs. 1 ist mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) vom 23.10.2020 (BGBl. I 2220) in Abs. 3 die Möglichkeit der Information weiterer Personen klargestellt worden. Zudem erfolgte die ergänzende Informationsmöglichkeit „schriftlich oder elektronisch“. Durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) erfolgte in Abs. 3 eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§§ 18 ff.).

II. Allgemeines

- 2 § 31 normiert den Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation vor der Pflege. Damit soll vermieden werden, dass die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu einer „Einbahnstraße ohne Umkehr“ wird (BT-Drs. 12/5262, 109 zu § 27). Dabei haben die Pflegekassen im Hinblick auf die Reha (mit Ausnahme von § 32) nur eine Mittlerrolle, sie sind selbst nicht Reha-Träger (vgl. § 6 SGB IX). § 31 legt deshalb vor allem die Pflichten der Pflegekassen hinsichtlich des Zusammenwirkens mit den zuständigen Reha-Trägern fest.

III. Vorrang von Rehabilitationsmaßnahmen (Abs. 1)

- 3 Den Pflegekassen obliegt bei einem Antrag auf Pflegeleistungen vorrangig die Pflicht, Reha-Möglichkeiten zu prüfen. Unter den Voraussetzungen von § 7 Abs. 2 kann ein Tätigwerden der Pflegekasse uU auch ohne Leistungsantrag der Versicher-

ten geboten sein. Der Vorrang der Reha endet mit der Gewährung von Pflegeleistungen nicht. Die Pflegekassen haben auch im Rahmen von Nachuntersuchungen durch den MD (§ 18 Abs. 2 S. 5) oder aufgrund eines Antrags auf Höherstufung (Gewährung von Pflegeleistungen nach einem höheren Pflegegrad) den Einsatz von Reha-Maßnahmen zu prüfen (Abs. 1 S. 2).

Während sich § 5 primär an die Pflegekasse und die für die Leistungsgewährung zuständigen Leistungsträger wendet, wirkt sich § 31 unmittelbar auf den Leistungsanspruch der Versicherten aus: Werden Pflegeleistungen nach den §§ 36 ff. beantragt, hat die Pflegekasse vorrangig zu prüfen, ob Reha-Leistungen in Betracht kommen, die geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden. Die **Verpflichtung der Versicherten**, geeignete und zumutbare Reha-Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, ergibt sich aus dem die Eigenverantwortung der Versicherten regelnden § 6 (vgl. auch Abs. 3 S. 2). Bietet die Pflegekasse den Versicherten im Zusammenwirken mit dem zuständigen Reha-Träger geeignete und zumutbare Reha-Maßnahmen an, so kann sie in den Fällen, in denen die Versicherte nicht bereit sind, Reha-Leistungen in Anspruch zu nehmen, die beantragte Pflegeleistungen nach Maßgabe der **§§ 65, 66 SGB I** verweigern (in diese Richtung auch Klie/Krahmer/Plantholz/Klie, 5. Aufl. 2018, Rn. 6; aA Hauck/Noftz/Reimer Rn. 13b).

IV. Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern (Abs. 2)

Die Vorschrift betont die Verpflichtung der Pflegekassen bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung mit den Reha-Trägern eng zusammenzuarbeiten. Diese Pflicht ergibt sich auch schon aus § 96 SGB X. Die Stellung der Pflegekasse gegenüber den für die Reha zuständigen Leistungsträgern (in erster Linie die Krankenkasse, vgl. § 11 Abs. 2 SGB V, daneben auch die Träger der GRV und der Sozialhilfe, vor allem, wenn es um Eingliederungshilfe geht) wird insbesondere durch den in § 18 Abs. 1 S. 3 Hs. 2 begründeten Rechtsanspruch der Versicherten auf Reha verstärkt.

V. Aktivitäten der Pflegekassen bei angezeigter Rehabilitation (Abs. 3)

Abs. 3 S. 1 normiert eine **zweistufige Informationspflicht** der Pflegekasse, wenn sie durch eine Begutachtung (vgl. § 18b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 2) oder auf sonstige Weise feststellt, dass Leistungen der medizinischen Reha angezeigt sind. Die Information kann schriftlich oder elektronisch erfolgen. Zunächst sind die Versicherten **unverzüglich zu informieren** und, mit Einwilligung der Versicherten, auch die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt. Auch für die entsprechende Information des zuständigen Reha-Trägers ist die Einwilligung der Versicherten erforderlich. Mit dem GKV-IPReG wurde Abs. 3 mWz 29.10.2022 dahingehend klarstellend ergänzt, dass auch Angehörige, Personen des Vertrauens der Versicherten oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen – mit deren Einwilligung – zu informieren sind (BT-Drs. 19/19368, 42). Eine entsprechende Regelung ist auch in § 18a Abs. 1 enthalten. § 18a verpflichtet die Pflegekasse zudem, den Antragstellern die gesonderte Reha-Empfehlung des MD bzw. anderer beauftragter Gutachterinnen und Gutachter (§ 18b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 2) mit einer qualifizierten eigenen Stellungnahme zur Notwendigkeit von Reha-Maßnahmen zuzuleiten. Duldet die Einleitung einer Reha-Maßnahme keinen Aufschub, reicht die Mitteilung an den zuständigen Reha-Träger uU nicht aus; die Pflegekasse muss, soweit dies zur Erreichung des Reha-Ziels notwendig ist, selbst

die erforderlichen Maßnahmen einleiten (§ 32). Durch die Regelung in Abs. 3 S. 3 setzt der Gesetzgeber auf die erzieherische Wirkung der Regelung in § 14 SGB IX. Danach ist der erstangegangene Reha-Träger grds. verpflichtet, innerhalb von zwei Wochen über seine Zuständigkeit zur Erbringung von Reha-Leistungen zu entscheiden; leitet er bei fehlender Zuständigkeit den Antrag in dieser Frist nicht an den seiner Meinung nach zuständigen Träger weiter, hat er in der Sache zu entscheiden (BSG 26.10.2004 – B 7 AL 16/04 R, BSGE 93, 283 = SozR 4–3250 § 14 Nr. 1 = BeckRS 2005, 40042; 26.6.2007 – B 1 KR 36/06 R, BSGE 98, 277 = SozR 4–2500 § 40 Nr. 4 = BeckRS 2007, 48897).

- 7 Der frühere Abs. 4 regelte eine Pflicht der Pflegekassen, die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen zu unterstützen. Diese Unterstützungspflicht ist mit der Streichung des Abs. 4 nicht weggefallen, sondern wurde nach Auffassung des Gesetzgebers in den Unterstützungspflichten des Abs. 3 konkretisiert (vgl. BT-Drs. 16/7439, 53).

§ 32 Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Vorläufige Leistungserbringung durch die Pflegekassen (Abs. 1)	3
IV. Verhältnis zum zuständigen Leistungsträger (Abs. 2)	4

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch das PflegeVG (vom 26.5.1994, BGBl. I 1014) eingeführt und durch das SGB IX (vom 19.6.2001, BGBl. 1046) mWv 1.7.2001 geändert worden. Mit der Änderung wurde die Regelung von einer Ermessenvorschrift zu einer Verpflichtung für die Pflegekassen. Zudem wurde die Beschränkung auf ambulante Reha-Leistungen aufgehoben und das Zeitfenster, in dem die Pflegekasse tätig werden muss, konkretisiert.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift lässt in **Ausnahmefällen die Erbringung von Reha-Leistungen durch die Pflegekasse** zu, obgleich diese selbst hierfür nicht zuständig ist (§§ 5, 18, 31). § 32 dient im Zusammenspiel mit § 31 der Stärkung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege. Der schon mit dem SGB IX in die Vorschrift implementierte größere Handlungsdruck bei erkennbaren Reha-Möglichkeiten ist durch die Neuregelung des

§ 31 Abs. 3 weiter verstärkt worden. Der Gesetzgeber will hiermit und mit der im PflegeWEG neu geschaffenen Möglichkeit der Befristung der Pflegestufenzuordnung bzw. jetzt der Pflegegradzuordnung (§ 33 Abs. 1 S. 4) die geringe Bereitschaft zur Durchführung von Reha überwinden (so ausdrücklich die Begr. des RegE, BT-Drs. 16/7439, 54). Durch § 32 soll ein für den Rehabilitationserfolg schädlicher Zeitverlust vermieden werden (BT-Drs. 12/5262, 109). Der in § 32 normierten Vorleistungspflicht wird in der Praxis kaum Bedeutung zukommen, da im Regelfall die Krankenkasse für die Erbringung ambulanter Reha-Leistungen zuständig ist und wegen der organisatorischen Verbindung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse für eine Verzögerung der Leistungsgewährung nur selten ein Anlass vorliegen dürfte.

III. Vorläufige Leistungserbringung durch die Pflegekassen (Abs. 1)

Die vorläufige Leistungserbringung steht nach der Änderung von Abs. 1 durch 3 das SGB IX (→ Rn. 1) **nicht mehr**, wie nach der ursprünglichen Fassung, im **Ermessen der Pflegekasse**. Sie muss **selbst tätig werden**, wenn das Reha-Ziel darin besteht, eine drohende Pflegebedürftigkeit oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden oder zu mindern, und dieses Ziel nur durch ein sofortiges eigenes Tätigwerden erreicht werden kann. Auch die nach der ursprünglichen Fassung der Vorschrift vorgesehene Begrenzung auf ambulante medizinische Leistungen ist durch die zum 1.7.2001 wirksam gewordene Änderung entfallen. Im PflegeWEG ist auch die zuvor in § 18 Abs. 1 S. 3 letzter Hs. enthaltene Begrenzung des Anspruchs auf ambulante medizinische Reha durch den zuständigen Leistungsträger aufgehoben worden. Abs. 1 beschränkt die vorläufige Leistungspflicht der Pflegekasse auf Leistungen der medizinischen Reha. In Betracht kommen dabei sowohl ambulante als auch stationäre Reha-Leistungen. Voraussetzung für die vorläufige Leistungserbringung ist die **Eilbedürftigkeit**. Wann eine solche vorliegt, gibt der Wortlaut des Abs. 1 deutlich vor. Die vorläufige Leistungserbringung muss erforderlich sein, um eine **unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit** zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten. Ohne die vorläufige Leistungserbringung muss die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet sein („sonst“). Lehnt der nach § 14 SGB IX zuständige Reha-Träger den Anspruch auf medizinische Reha bestandskräftig ab, bleibt für die vorläufige Leistungserbringung nach § 32 kein Raum mehr. Die im Gesetz betont Vorläufigkeit der Leistungserbringung bezieht sich auf die Kostenersatzung (§ 102 SGB X). Aus der Perspektive der Versicherten handelt es sich auch bei der Leistungserbringung nach § 32 um eine endgültige Leistungserbringung mit der Folge, dass § 107 Abs. 2 SGB X Anwendung findet. Der Anspruch auf Leistung zur medizinischen Reha wird damit erfüllt.

IV. Verhältnis zum zuständigen Leistungsträger (Abs. 2)

Abs. 2 regelt eine weitere Voraussetzung für ein eigenes Tätigwerden der Pflege- 4 kasse bei Reha-Maßnahmen. Die Pflegekasse muss, bevor sie selbst Reha-Maßnahmen gewährt, den zuständigen Reha-Träger **unterrichten und auf die Eilbedürftigkeit hinweisen**. Nur wenn dieser danach nicht rechtzeitig (spätestens vier Wochen nach Antragstellung) tätig wird, muss sie die erforderlichen Maßnahmen selbst veranlassen. Die Pflegekasse wird als vorläufig leistender Leistungsträger iSv § 102 SGB X tätig und kann wegen der hierdurch entstehenden Aufwendungen von dem zur Leistung verpflichteten Reha-Träger Erstattung verlangen. Gemäß

§ 102 Abs. 2 SGB X richtet sich der Umfang des Erstattungsanspruchs an sich nach den für den vorleistenden Träger geltenden Rechtsvorschriften. Da das SGB XI jedoch keine einschlägigen Vorschriften enthält, ist auf den Leistungsrahmen des zuständigen Trägers abzustellen.

§ 33 Leistungsvoraussetzungen

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

(2) ¹Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war. ²Zeiten der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 werden bei der Ermittlung der nach Satz 1 erforderlichen Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. ³Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit nach Satz 1 als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(3) Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder von Familienversicherung nach § 25 aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit nach Absatz 2 anzurechnen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Leistungsgewährung auf Antrag	3
IV. Leistungsbeginn	5
V. Befristung (Abs. 1 S. 4)	6
VI. Vorversicherungszeit (Abs. 2)	8
VII. Berücksichtigungsfähige Zeiten	9
VIII. Verfahrensfragen	11

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch das PflegeVG (vom 26.5.1994, BGBl. I 1014) eingeführt worden. Durch das PflegeWEG wurden in Abs. 1 die S. 4–8 angefügt, Abs. 2 S. 1 Nr. 5 geändert und Nr. 6 ergänzt. Durch das PSG II wurde mit Wirkung zum 1.1.2016 die zuvor mit Blick auf den Zeitpunkt der Antragstellung differenzierende Regelung der Vorversicherungszeit, die aufgrund des Zeitablaufs überholt war, gestrichen. Mit Wirkung vom 1.1.2017 erfolgte, ebenfalls durch das PSG II, die begriffliche Anpassung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018 (BGBl. I 2394) enthielt in Art. 11 Nr. 5 mit Wirkung zum 1.1.2019 eine Modifikation des Abs. 1 S. 3 hinsichtlich der Regelung der nachträglichen Antragstellung. Ebenfalls mit Wirkung zum 1.1.2019 wurde durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz vom 11.12.2018 (BGBl. I 2387) Abs. 3 ergänzt. Durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789) erfolgte – ohne weitere inhaltliche Änderung – im Rahmen der Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Streichung der Worte „der Krankenversicherung“ mit Wirkung zum 1.1.2021.

II. Normzweck

Die Vorschrift behandelt mit dem Antrag und der Vorversicherungszeit **zwei** **Leistungs Voraussetzungen**, die auch in anderen Sozialleistungsbereichen üblich sind. Leistungen der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag gewährt (Abs. 1 S. 1); der Zeitpunkt der Antragstellung hat Auswirkungen auf den Leistungsbeginn (Abs. 1 S. 2 und 3). Die in Abs. 2–4 geregelte Vorversicherungszeit hat eine ähnliche Funktion wie die Wartezeit in der GRV: In den Genuss von Leistungen soll nur derjenige kommen, der vor Eintritt des Versicherungsfalles über längere Zeit Beiträge entrichtet hat oder seinen Versicherungsschutz von einem beitragspflichtigen Mitglied der sozialen Pflegeversicherung ableiten kann. Die in der privaten Pflegeversicherung zurückgelegten Versicherungszeiten werden auf die Vorversicherungszeit angerechnet (Abs. 3). Für Pflegebedürftige, die bis zum 31.3.1995 Leistungen nach den §§ 53 ff. SGB V (in der bis 31.3.1995 geltenden Fassung) bezogen haben, gilt Art. 45 PflegeVG.

III. Leistungsgewährung auf Antrag

Die Leistungen der Pflegeversicherung (§§ 36 ff.) werden nur auf Antrag gewährt (vgl. auch § 19 S. 1 SGB IV). Dies gilt nicht nur für den (erstenmaligen) Eintritt von Pflegebedürftigkeit, sondern auch für den Eintritt einer Verschlimmerung oder einer Änderung der Pflegesituation, die einen Wechsel der Pflegeart erforderlich macht. Auch die Gewährung einer höheren oder einer anderen Pflegeleistung ist von einem Antrag abhängig (vgl. auch LSG NRW 20.5.2015 – L 10 P 134/14, NZS 2015, 707; LSG BW 11.12.2015 – L 4 P 1171/15, BeckRS 2016, 65849; jurisPK-SGB XI/Trésoret, 2. Aufl. 2021, Rn. 29). Die Frage der Antragspflicht ist dabei zu trennen von der Frage des Leistungsbeginns (vgl. → Rn. 5). Zur Unterrichtung und Beratung der Versicherten und ihrer Angehörigen bei drohender Pflegebedürftigkeit sind die Pflegekasse dagegen auch ohne vorhergehenden Antrag verpflichtet (§ 7 Abs. 2). Auch vor Ablauf einer Befristung nach Abs. 1 S. 5 ff. soll die Pflegekasse von Amts wegen tätig werden und eine nahtlose Fortsetzung der Pflegeleistungen sicherstellen, ohne dass hierfür eine erneute Antragstellung erforderlich ist (BT-Drs. 16/7439, 54).

- 4 Der Antrag unterliegt **keinen Formerfordernissen**; eine **Festlegung auf bestimmte Pflegeleistungen** ist nicht erforderlich; ausreichend ist eine Erklärung, aus der hervorgeht, dass Pflegeleistungen begehrt werden. Maßgebend ist der **Zeitpunkt des Eingangs** des Antrags bei einem Leistungsträger (vgl. § 16 Abs. 2 S. 2 SGB I). Zur Antragstellung bei einem **anderen Leistungsträger** als der Pflegekasse und zu den Pflichten der Pflegekasse im Rahmen der Antragstellung vgl. **§ 16 SGB I**. Unter Umständen genügt auch der Hinweis eines behandelnden Arztes oder einer behandelnden Ärztin, eines Krankenhauses oder eines anderen Sozialleistungsträgers (§ 7 Abs. 2 S. 2), wenn Versicherte mit der Einleitung von Pflegemaßnahmen einverstanden sind. Antragsberechtigt sind die Pflegebedürftigen; hinsichtlich der Leistungen nach den §§ 44, 44a und 45 auch die Pflegeperson bzw. eine an einer Pflegetätigkeit interessierte Person.

IV. Leistungsbeginn

- 5 Nach Abs. 1 S. 2 ist der Zeitpunkt der Antragstellung für den **Leistungsbeginn** maßgebend. Grundsätzlich werden die **Leistungen ab Antragstellung** gewährt, frühestens aber mit dem Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen, wie zB der Pflegebedürftigkeit (§ 15) oder beim Pflegegeld die Sicherstellung der häuslichen Pflege gem. § 36 Abs. 1 S. 2 (vgl. auch § 40 Abs. 1 SGB I). Bei den Leistungen, für die Pflegebedürftigkeit „auf Dauer“ iSd § 14 Abs. 1 als Anspruchsvoraussetzung besteht, kommt es auf eine auf den Zeitpunkt der Antragstellung bezogene vorausschauende Beurteilung der Pflegebedürftigkeit an. Diese Voraussetzung ist auch dann erfüllt, wenn der tatsächliche Geschehensablauf die zum Zeitpunkt der Antragstellung noch als berechtigt angesehene Prognose nicht bestätigt (BSG 17.3.2005 – B 3 P 2/04 R, SozR 4–3300 § 14 Nr. 6 = NZS 2006, 40). S. 3 sieht für die Fälle, in denen der Versicherte schon vor der Antragstellung pflegebedürftig war, eine Sonderregelung vor. Nach S. 3 werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt, wenn der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt wird (**Vorverlagerung des Leistungsbeginns**). Abs. 1 S. 2 wurde durch das PpSG mit Wirkung zum 1.1.2019 neu gefasst und an die bisherige Verwaltungspraxis (vgl. Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20.12.2022, § 33, 2.) angepasst (BT-Drs. 19/4453, 98).

V. Befristung (Abs. 1 S. 4)

- 6 Durch die mit dem PflegeWEG angefügten Regelungen in Abs. 1 S. 4–8 soll die Pflegekasse die Möglichkeit erhalten, die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von **Leistungen zu befristen**, wenn und soweit eine Verringerung der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten nach der Einschätzung des MD zu erwarten ist (so die in S. 5 aufgeführte Voraussetzung). Von der Befristung kann die Pflegekasse damit nur dann Gebrauch machen, wenn aus medizinisch-pflegerischer Sicht noch keine abschließende Prognose über das auf Dauer bestehende Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten abgegeben werden kann. Unter dieser Voraussetzung ist eine wiederholte Befristung bis zur Höchstdauer von drei Jahren nicht ausgeschlossen (S. 7). Zulässig sind zudem auch Änderungen von Leistungsbewilligungen aufgrund anderer Regelungen des SGB; etwa nach den §§ 44 ff. SGB X, insbesondere bei einer Änderung der Verhältnisse nach § 48 SGB X (Hauck/Noftz/Reimer Rn. 12). Die Formulierung der Neuregelung nimmt auf die Systematik des SGB XI keine Rücksicht, denn von den aufgeführten Gegenständen einer Befristung ist allein die Bewilligung von Leistun-

gen maßgebend, weil eine isolierte Feststellung der Pflegekasse über die Zuordnung zu einem Pflegegrad von vornherein nicht in Betracht kommt (zur isolierten Feststellung der „Anerkennung als Härtefall“ vgl. BSG 14.12.1994 – 3/1 RK 65/93, BeckRS 1994, 31034891).

Mit der Einführung von Befristungsmöglichkeiten will der Gesetzgeber vor allem eine **intensivere Nutzung** der Reha mit dem Ziel der Vermeidung oder Besserung von Pflegebedürftigkeit erreichen. Mit der nur befristeten Gewährung einer (höheren) Leistung soll der Notwendigkeit, eine Reha-Maßnahme durchzuführen auch gegenüber dem Betroffenen Nachdruck verliehen werden. Eine Leistungsbewilligung ohne zeitliche Befristung setze vielfach in Bezug auf das Rehabilitationspotential ein falsches Signal und negative Anreize für die Mitwirkung am Reha-Prozess (BT-Drs. 16/7439, 54).

VI. Vorversicherungszeit (Abs. 2)

Nach Abs. 2 ist die Leistungsberechtigung von der Erfüllung einer zweijährigen Vorversicherungszeit in den letzten zehn Jahren abhängig. Abs. 2 fordert nach seinem Wortlaut nur die Antragstellung innerhalb des jeweiligen Jahres; hierbei wird jedoch offensichtlich unterstellt, dass die Pflegebedürftigkeit nicht erst im folgenden Jahr eintritt. Eine Antragstellung auf Vorrat lässt sich mit dem Sinn der Regelung nicht vereinbaren. Abs. 2 lässt es zu, dass Versicherte bei bestehender Pflegebedürftigkeit in die Leistungsberechtigung hineinwachsen, weil die Vorversicherungszeit nicht beim Eintritt des Versicherungsfalls vorliegen muss. Die Pflegebedürftigen können den Antrag deshalb so lange hinauszögern, bis sie die erforderliche Vorversicherungszeit erfüllen.

VII. Berücksichtigungsfähige Zeiten

Auf die Vorversicherungszeit werden angerechnet: Zeiten der **eigenen Mitgliedschaft** in einer Pflegekasse oder einer Familienversicherung nach § 25 (Abs. 2 S. 1); Zeiten, in denen Versicherte und ihre Familienangehörigen während eines **Auslandsaufenthalts** die Zugehörigkeit zur sozialen Pflegeversicherung aufrecht erhalten haben (§ 26 Abs. 2) und die in der privaten Pflegeversicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit bei Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (gem. § 20) aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden (Abs. 3). Mit Wirkung zum 1.1.2019 erfolgte durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz die ausdrückliche Einbeziehung von Familienversicherten nach § 25 in Abs. 3. Die Regelung bezieht sich ausdrücklich auf die Entscheidung des BSG (30.11.2017 – B 3 KR 5/16 R, NJW 2018, 2819, BeckRS 2017, 146194) und hat zum Ziel, den lückenlosen Versicherungsschutz beim Wechsel aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung in die soziale Pflegeversicherung auch für Familienangehörige sicherzustellen (BT-Drs. 19/511, 45). Dass Zeiten einer Weiterversicherung nach § 26 Abs. 1 als Vorversicherungszeit angerechnet werden, bedurfte keiner besonderen Erwähnung, weil es sich hierbei um eine vollwertige Mitgliedschaft bzw. eine hieraus abgeleitete Familienversicherung handelt; die Anrechnung ergibt sich daher ohne Weiteres aus Abs. 2 S. 1. Gemäß Art. 6 VO (EU) Nr. 883/2004 können auch Mitgliedszeiten in einem anderen Mitgliedstaat der EG zur Erfüllung der Vorversicherungszeit dienen (vgl. Hauck/Noftz/Reimer Rn. 16).

Bei Kindern gilt die Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt (Abs. 2 S. 3). Das BSG hat zutreffend darauf hingewiesen, dass diese Rechtsfolge nicht davon abhängt, dass das Kind familienversichert ist; es reicht aus, dass es

überhaupt pflegepflichtversichert ist (BSG 19.4.2007 – B 3 P 1/06 R, SozR 4–3300 § 33 Nr. 1 = NZS 2008, 151).

VIII. Verfahrensfragen

- 11 Bei einem **Wechsel von einer Pflegekasse** zu einer anderen Pflegekasse gibt es keinen Bestandsschutz aufgrund eines Bescheides, mit dem die ursprüngliche Pflegekasse des Versicherten Leistungen nach §§ 36 ff. bewilligt hat (BSG 13.5.2004 – B 3 P 3/03 R, SozR 4–3300 § 37 Nr. 2 = NZS 2005, 101). Die Bindungswirkung gilt grundsätzlich nur innerhalb eines konkreten Sozialversicherungs- bzw. Sozialleistungsverhältnisses, nicht aber darüber hinaus (§ 39 SGB X). Entsprechendes gilt für die §§ 45 ff. SGB X, die nur unter speziellen Voraussetzungen die Rücknahme (§ 45 SGB X) oder die nachträgliche Änderung (§ 48 SGB X) begünstigender Verwaltungsakte gestatten und im Übrigen unter Vertrauensschutzgesichtspunkten weitgehend Bestandsschutz gewähren. Auch diese Regelungen sind nur im Verhältnis zwischen den Versicherten und der die bewilligende Entscheidung erlassenden Verwaltungsbehörde bzw. deren Rechtsnachfolger (zB bei der Fusion von zwei Krankenkassen) oder Funktionsnachfolger, nicht aber im Verhältnis der Versicherten zu einem – zB nach Kassenwechsel zuständig gewordenen – anderen Versicherungsträger anzuwenden. Erst recht besteht keine Bindungswirkung an eine **Leistungszusage einer privaten Pflegeversicherung** nach einem Wechsel der Versicherten in die soziale Pflegeversicherung (BSG 13.5.2004 – B 3 P 3/03 R, SozR 4–3300 § 37 Nr. 2 = NZS 2005, 101).

§ 33a Leistungsausschluss

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde durch das GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) mWv 1.4.2007 eingefügt und ist seither nicht verändert worden.

II. Normzweck

- 2 Die Regelung steht im Zusammenhang mit der mit dem GKV-WSG in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eingeführten umfassenden Krankenversicherungspflicht, die wegen des Grundsatzes „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ zugleich zu einer umfassenden Einbeziehung aller im Inland lebenden Personen in die Pflegeversicherung führt; sie soll einen Schutz der Pflegekassen vor missbräuchlicher Inanspruchnahme sicherstellen. Eine gleichlautende Vorschrift wurde mit § 52a SGB V auch in das SGB V eingefügt. Von ihr sollen Fälle erfasst werden, in denen der Wohnsitz

oder gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich zu dem Zweck begründet wird, Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Den Geltungsbereich des SGB regelt § 30 SGB I. Danach gelten die Vorschriften des SGB für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in seinem Geltungsbereich haben. Ob der Vorschrift angesichts der Hürden, die das Ausländerrecht in Bezug auf einen dauerhaften Aufenthalt in Deutschland aufbaut, faktische Bedeutung zukommt, wird zu Recht bezweifelt (hierzu und zu den Schwierigkeiten, die Missbrauchsabsicht nachzuweisen, vgl. Linke NZS 2008, 342).

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung [ab 1.1.2025: , nach dem Soldatenentschädigungsgesetz] oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

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

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

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten [bis 30.6.2025: oder Erholungsurlaub der Pflegeperson] von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Ruhen des Leistungsanspruchs	3
IV. Ruhen bei Auslandsaufenthalt (Abs. 1 Nr. 1)	4
V. Ruhen bei Bezug von Entschädigungsleistungen (Abs. 1 Nr. 2)	12
VI. Ruhen bei häuslicher Krankenpflege oder Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (Abs. 2 S. 1)	17
VII. Fortzahlung von Pflegegeld (Abs. 2 S. 2)	20
VIII. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (Abs. 3)	21

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch das PflegeVG (vom 26.5.1994, BGBl. I 1014; 2797) eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 30 RegE; vgl. BT-Drs. 12/5262, 110 f.). Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 wurden mit dem 1. SGB XI-ÄndG (vom 4.6.1996, BGBl. I 830) geändert. Gleichzeitig wurde Abs. 3 hinzugefügt; eine entsprechende Regelung befand sich in der ursprünglichen Fassung des Gesetzes in Abs. 2 S. 2 (zur Begr. vgl. BT-Drs. 13/3696, 12, RegE; BT-Drs. 13/4091, 41, AuS-Ausschuss). In Abs. 2 S. 2 und Abs. 3 wurde durch das SGB IX (vom 19.6.2001, BGBl. I 1046) jeweils der Sprachgebrauch des SGB IX („Leistung zur medizinischen Rehabilitation“ statt zuvor „medizinische Rehabilitationsmaßnahme“) übernommen. Durch das PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) wurden in Abs. 2 S. 2 die Wörter „einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ sowie in Abs. 3 nach „Auslandsaufenthalt“ der Zusatz „des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson“ eingefügt. Abs. 2 S. 2 wurde im Hinblick auf Pflegebedürftige, die ihre Pflege durch das sog. Arbeitgeber- oder Assistenzmodell nach § 66 Abs. 4 S. 2 SGB XII sicherstellen, durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus (vom 30.7.2009, BGBl. I 2495), erneut geändert. Abs. 1a wurde durch das Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und zur Änderung anderer Gesetze (vom 22.6.2011, BGBl. I 1202) eingefügt. Durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (vom 20.12.2012, BGBl. I 2789) wurden in Abs. 2 S. 2 definitorische Änderungen vorgenommen und in Abs. 3 die in Bezug genommenen Vorschriften ergänzt. Mit Wirkung zum 1.1.2017 erfolgte durch das PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) in Abs. 2 eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Inhaltliche Änderungen waren damit nicht verbunden. Zudem erfolgte mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG vom 23.12.2016, BGBl. I 3234) erneut eine redaktionelle Anpassung des Abs. 2 S. 2 (Arbeitgebermodell, § 63b Abs. 6 S. 1 SGB XII). Mit dem Gesetz zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) wurde Abs. 1 Nr. 2 mit Wirkung zum 1.1.2024 erneut geändert. Die Wörter „unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen“, wurden gestrichen. Die entsprechende Ruhensregelung ist nicht mehr erforderlich, weil die Pflegekassen für die Geschädigten die Leistungen erbringen und hierfür eine Erstattung erhalten (BT-Drs. 19/13824, 266). Durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) erfolgte in Abs. 3 eine Synchronisation mit der angehobenen Höchstdauer in § 39 hinsichtlich der Leistungen zur sozialen Sicherheit nach den §§ 44 und 44a auf acht Wochen (BT-Drs. 20/6983, 100).

II. Normzweck

Die Vorschrift ordnet das **Ruhen von Leistungsansprüchen** der sozialen Pflegeversicherung an. Dies betrifft zum einen den Fall, dass Versicherte sich im Ausland aufhalten (Abs. 1 Nr. 1), wobei das Gesetz diesbezüglich Ausnahmen vorsieht (Abs. 1 Nr. 1 S. 2, 3 und Abs. 1a). Zum anderen geht es um den Fall, dass Versicherte vorrangige Ansprüche gegen andere Sozialleistungsträger haben (Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2). Abs. 1 Nr. 2 ergibt sich aus der Regelung in § 13 Abs. 1, wonach die Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem BVG (bis zum 31.12.2023), der gesetzlichen Unfallversicherung und aus öffentlichen Kassen den Leistungen der Pflegeversicherung vorgehen. Abs. 2 ist eine Folge der Regelung in § 13 Abs. 2: Soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V Anspruch auf Grundpflege und auf hauswirtschaftliche Versorgung besteht, ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 36), mit Ausnahme der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44); darüber hinaus ruht der Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus, in einer Reha-Einrichtung oder in einer sonstigen stationären Einrichtung iSd § 71 Abs. 4. Das Pflegegeld wird für die ersten vier Wochen eines stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung sowie häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V vom Ruhen ausgenommen (Abs. 2 S. 2). Abs. 3 stellt eine Sonderregelung zum Ruhen von Leistungen für die Pflegeperson dar.

III. Ruhen des Leistungsanspruchs

Ruhen von Leistungen bedeutet, dass ein dem Grunde nach bestehender Leistungsanspruch nicht zu verwirklichen ist. Die Leistungspflichtigen schulden keine Erfüllung; die Leistungsberechtigten können eine ihnen grundsätzlich zustehende Leistung nicht beanspruchen. Das Ruhen des Anspruchs tritt unabhängig vom Willen der Versicherten kraft Gesetzes ein, es bedarf keiner Entscheidung der Pflegekassen. Das auf dem Versicherungsverhältnis beruhende **Stammrecht** bleibt dagegen bestehen. Dies hat zur Folge, dass bei Wegfall des Ruhenstatbestandes ohne Weiteres wieder Leistungsansprüche bestehen. Die in § 34 geregelten Ruhenstatbestände haben eine unterschiedliche Tragweite: Während das Ruhen bei einem nicht nur vorübergehenden **Auslandsaufenthalt** (soweit kein Fall des Abs. 1a vorliegt) **umfassend** alle Leistungen aus der Pflegeversicherung erfasst, führt der Bezug von Pflegeleistungen aus Entschädigungssystemen, aus öffentlichen Kassen oder von Krankenversicherungsleistungen nach Abs. 2 nur zu einem **teilweisen Ruhen** der Leistungsansprüche der sozialen Pflegeversicherung, nämlich nur soweit die vorrangigen Leistungen mit denen der sozialen Pflegeversicherung kongruent sind. **Weitergehende Leistungen der sozialen Pflegeversicherung** werden von der Ruhensanordnung nicht erfasst. Dies gilt sowohl für Leistungsarten, die in den Entschädigungssystemen nicht vorgesehen sind (Beispiel: Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson nach § 44), als auch für die Höhe der Leistungen (zB unterschiedliche Höhe des Pflegegeldes).

IV. Ruhen bei Auslandsaufenthalt (Abs. 1 Nr. 1)

Nach Abs. 1 Nr. 1 S. 1 ruht der Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, solange sich die Versicherten im Ausland aufhalten. Dies gilt unabhängig davon, ob sich die Versicherten als Pflegebedürftige ins Ausland begeben oder ob sie während eines Auslandsaufenthalts pflegebedürftig werden. Abs. 1 Nr. 1 S. 2 und

3 sowie Abs. 1a sehen von diesem Grundsatz Ausnahmen vor, die mit Blick auf die Art der Leistung sowie Dauer und Ort des Auslandsaufenthaltes differenzieren und in den genannten Fällen den „**Export von Leistungen**“ ins Ausland ermöglichen. Die Anordnung des Ruhens von Leistungsansprüchen bei Auslandsaufenthalten entspricht der Regelung in §§ 16 Abs. 1 Nr. 1, 17, 18 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung.

- 5 Bei Auslandsaufenthalten **innerhalb eines Mitgliedstaates der EU, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder in der Schweiz** ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder eines anteiligen Pflegegeldes nach § 38 nicht, und zwar unabhängig von der Dauer des Auslandsaufenthaltes (vgl. Abs. 1a). Mit Urteil vom 5.3.1998 (C-160/96, NZS 1998, 240 – Molenaar) entschied der EuGH, dass Leistungen der Pflegeversicherung ungeachtet gewisser Besonderheiten „Leistungen bei Krankheit“ iSv Art. 4 Abs. 1 Buchst. a der VO (EWG) Nr. 1408/71 (Art. 17 ff. VO (EG) Nr. 883/04) sind (vgl. Gassner NZS 1998, 313). Als Geldleistung bei Krankheit sei das Pflegegeld gem. Art. 19 Abs. 1 Buchst. b der VO (EWG) Nr. 1408/71 (Art. 21 VO (EG) Nr. 883/2004) auch an Versicherte zu zahlen, die sich in anderen Mitgliedsstaaten aufhalten. Der sich aus dem Vorrang des Gemeinschaftsrechts ergebende Ausschluss der Anwendbarkeit der Ruhensregelung **galt auch für die private Pflegeversicherung** (EuGH 8.7.2004 – C-502/01, EuZW 2005, 88; BSG 28.9.2006 – B 3 P 3/05 R, SozR 4-3300 § 23 Nr. 5 Rn. 10 = VersR 2007, 1074 = BeckRS 2006, 44763). Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen reagierten auf dieses Urteil dahingehend, dass sie das Pflegegeld nach §§ 37, 38 zeitlich unbefristet auch an pflegebedürftige Versicherte, die sich in einem Mitgliedstaat der EU, des EWR oder in der Schweiz aufhalten, zahlten. Durch Einfügung des Abs. 1a trug der Gesetzgeber der Rspr. des EuGH Rechnung und stellte damit sicher, dass der Wortlaut des § 34 mit den Anforderungen des EG-Rechts im Einklang steht (vgl. BT-Drs. 17/4978, 24; zum früheren Rechtszustand umfassend: Sieveking, Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit im europäischen Recht). Der in Deutschland erworbene Pflegegeldanspruch ist auch dann exportierfähig, wenn die Versicherten in einem anderen Mitgliedstaat eine eigene Rente beziehen, die auch Krankenversicherungsansprüche begründet (EuGH 30.6.2011 – C-388/09, RdLH 2011, 171 = BeckRS 2011, 81042). Zum Verhältnis von § 34 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 zu Regelungen in SozVers-Abkommen vgl. BeckOK SozR/Baumeister Rn. 11, 12.
- 6 Das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 sind auch bei einem **vorrübergehenden Auslandsaufenthalt außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz** zu gewähren, jedoch nur für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr (Abs. 1 Nr. 1 S. 2). Diese Ausnahme vom Grundsatz des Ruhens bei Auslandsaufenthalten war zuvor nur für die gesetzliche Krankenversicherung in den §§ 17, 18 SGB V (vor allem bei Beschäftigung im Ausland und vorübergehendem Auslandsaufenthalt) enthalten und in der ursprünglichen Fassung des § 34 nicht übernommen worden. Die hieraus resultierenden praktischen Konsequenzen, etwa im Hinblick auf **Urlaubsreisen**, hatten die Pflegekassen bereits veranlasst, entgegen dem Wortlaut zumindest beim Pflegegeld kein Ruhen anzunehmen, wenn sich die Pflegebedürftigen zusammen mit ihrer Pflegeperson längstens sechs Wochen im Jahr im Ausland aufhalten. Im 1. SGB XI-ÄndG wurde diese Verwaltungspraxis durch Änderung von Abs. 1 Nr. 1 und Ergänzung der Regelung um S. 2 und 3 übernommen. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist Pflegegeld (§ 37) bzw. anteiliges Pflegegeld (§ 38) zu gewähren.
- 7 Abs. 1 Nr. 1 S. 2 und Abs. 1a ist auch einschlägig im Fall des Anspruchs auf **Verhinderungspflegegeld nach § 39** und den entsprechenden Annexeleistungen (zB Erstattung von Fahrt- und Übernachtungskosten nach § 39 Abs. 2 S. 2). Entgegen der bisherigen Praxis der Pflegekassen handelt es sich beim Verhinderungspflegegeld nicht um eine Sachleistung iSd Abs. 1 Nr. 1 S. 3 (BSG 20.4.2016 – B 3 P 4/

14 R, SozR 4–3300 § 34 Nr. 3 = BeckRS 2016, 70845). Das Verhinderungspflegegeld stellt grundsätzlich ein Surrogat für das Pflegegeld nach § 37 dar und diese Surrogatsfunktion muss auch im Fall eines Auslandsaufenthaltes berücksichtigt werden.

Der **Export von Pflegesachleistungen** ist nur nach Maßgabe des **Abs. 1 Nr. 1 S. 3**, also nur bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt (von bis zu sechs Wochen) und soweit die Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes von einer Pflegekraft begleitet werden, die die Pflege auch zu Hause durchführt, möglich. Entgegen dem Wortlaut von S. 3, der auf eine Identität der pflegenden Person abstellt, lassen es die Spitzenverbände der Pflegekassen ausreichen, dass die Pflege im Ausland von einer Pflegekraft durchgeführt wird, die nach § 77 in einem Vertragsverhältnis mit der Pflegekasse steht oder bei einem nach § 72 zugelassenen Pflegedienst beschäftigt ist (Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20.12.2022 zu § 34 Ziff. 1 Abs. 1). Die Pflegekassen übernehmen in Anlehnung an das Urteil des LSG BW (11.5.2007 – L 4 P 2828/06, BeckRS 2008, 54950) bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten die Kosten der Verhinderungspflege für den Fall, dass eine aus Deutschland heraus organisierte professionelle Pflegekraft die Pflegebedürftigen ins Ausland begleitet. Zum Verwaltungsvollzug der Ruhensregelung bei Auslandsaufenthalt vgl. das Gemeinsame Rundschreiben zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt vom 13.2.2018 (Anlage 2 zum Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20.12.2022).

Einen **Export von Pflegesachleistungen** hat der EuGH in der Rechtssache Chamier-Glisczinski gegen DAK im Hinblick auf Leistungen bei stationärer Pflege abgelehnt (EuGH 16.7.2009 – C-208/07, SozR 4–6050 Art. 19 Nr. 3 = BeckRS 2009, 70813). Im Schrifttum war erwogen worden, eine Exportpflicht auch für Pflegesachleistungen aus dem Diskriminierungsverbot des Art. 7 Abs. 2 der VO (EWG) Nr. 1612/68 abzuleiten (vgl. Gassner NZS 1998, 313 (315); Schirp NJW 1996, 1582; aA Huster NZS 1999, 10 (13)). Der Generalanwalt hatte sich in der Rechtssache C-208/07 in seinen Schlussanträgen gegen eine Anwendung von Art. 19 VO (EWG) Nr. 1408/71 auf Sachleistungen der Pflegeversicherung ausgesprochen; dann aber für einen unmittelbaren Rückgriff auf das Freizügigkeitsrecht des Art. 18 EGV plädiert und hieraus einen Kostenerstattungsanspruch der in Deutschland Pflegeversicherten abgeleitet, die stationäre Pflegeleistungen in einem anderen Mitgliedsstaat (Österreich) in Anspruch nehmen. Diese Auffassung war zuvor auch bereits vom BSG (allerdings obiter dictum) angedeutet worden (BSG 28.9.2006 – B 3 P 3/05 R, SozR 4–3300 § 23 Nr. 5 = VersR 2007, 1074 = BeckRS 2006, 44763). Der EuGH ist dieser Auffassung nicht gefolgt (vgl. hierzu Bassen NZS 2010, 49). Mit Urteil vom 12.7.2012 (EuGH 12.7.2012 – C-562/10, ZESAR 2012, 491 = BeckRS 2012, 81450) hat er in einem von der Kommission eingeleiteten Vertragsverletzungsverfahren einen Verstoß von § 34 Abs. 1 Nr. 1 iVm §§ 36, 40 gegen die gemeinschaftsrechtliche Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 AEUV) verneint. Zugrunde lag der Fall eines deutschen Pflegebedürftigen, der während eines vorübergehenden Aufenthalts in Spanien für die von einem dortigen Pflegedienst erbrachten Leistungen Kostenerstattung in Höhe der in § 36 festgelegten Beträge beanspruchte.

Vom Leistungsexport zu trennen ist die **Sachleistungsaushilfe**, die für Leistungen bei Krankheit, zu denen das Gemeinschaftsrecht grundsätzlich auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zählt, in Art. 17 VO (EG) Nr. 883/2004 geregelt ist. Danach erhalten Versicherte oder ihre Familienangehörigen, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedsstaat wohnen, im Wohnmitgliedstaat Sachleistungen vom Träger des Wohnorts nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften; die Kosten sind vom Träger des zuständigen Mitgliedsstaats zu tragen. Art. 34 VO Nr. 883/2004 enthält eine Koordinierungsregelung bezüglich des Zusammentreffens von

Geldleistung (des zuständigen Mitgliedsstaats) und Sachleistung des Wohnmitgliedstaats.

- 11 Zur Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes bei einem Auslandsaufenthalt vgl. § 26 Abs. 2.

V. Ruhen bei Bezug von Entschädigungsleistungen (Abs. 1 Nr. 2)

- 12 **Bis zum 31.12.2023** gingen Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit, die nach § 35 BVG (oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsahen) aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder als Unfallentschädigung aus öffentlichen Kassen gewährt werden, den entsprechenden Leistungen der sozialen Pflegeversicherung vor. Dies ergibt sich bereits aus § 13 Abs. 1. Zu den Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem BVG zählt nicht die Hilfe zur Pflege, die nach § 26c BVG im Rahmen der Kriegsofferfürsorge gewährt wird. **Ab dem 1.1.2024** erbringen die Pflegekassen für Geschädigte Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI und erhalten dafür eine Erstattung. Vor diesem Hintergrund wurde die bisherige Regelung über das Ruhen der Leistungen mit dem Gesetz zur Regelung des sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) mit Wirkung zum 1.1.2024 gestrichen (BT-Drs. 19/13824, 266). Leistungen nach dem SGB XI ruhen nur insoweit, wie die Entschädigungssysteme entsprechende Leistungen vorsehen. Leistungsarten, die nur die Pflegeversicherung kennt, wie etwa die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§§ 44, 44a), fallen von vornherein nicht unter die Ruhensregelung; dies ergibt sich bereits aus dem die Regelung einleitenden „soweit“; es bedurfte insofern – anders als bei der in Abs. 3 geregelten Fallgruppe – keiner besonderen Regelung. Vom Ruhen werden die Leistungen der Pflegeversicherung auch insoweit nicht erfasst, als sie der Höhe oder dem Umfang nach über die Entschädigungsleistungen hinausgehen. Die Umsetzung dieses Grundsatzes ist im Detail schwierig (vgl. hierzu die eingehende Darstellung von Schulin PV-HdB/Trenk-Hinterberger § 7 Rn. 27 ff.). Mit dem **Wegfall der Ruhensregelung bezüglich der Entschädigungsleistungen nach § 35 BVG** oder den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen, werden diese Probleme nicht mehr in dieser Form auftauchen. Damit hat die Regelung in Abs. 1 Nr. 2 **nur noch Bedeutung für Entschädigungsleistungen aus der Unfallversicherung** oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge.

- 12a Mit Blick auf die bislang geltende Rechtslage blieben **für Fälle, für die die Rechtslage bis 31.12.2023 anzuwenden ist**, die folgenden Aspekte weiterhin zu beachten (vgl. auch → Rn. 13 ff.): Die Ruhensregelung in Abs. 2 Nr. 1 differenziert nicht nach den konkreten Zweckbestimmungen der konkurrierenden Leistungen (BSG 29.4.1999 – B 3 P 15/98 R, SozR 3–3300 § 34 Nr. 1 = BeckRS 1999, 30057668). Von daher können nicht deshalb bestimmte Anteile von Leistungen der Pflegeversicherung vom Ruhen ausgenommen werden, weil das Spektrum des für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu den Pflegegraden maßgebenden Hilfebedarfs weitergezogen ist als bei der Pflegezulage nach § 35 BVG (vgl. auch BSG 19.4.2007 – B 3 P 6/06 R, BSGE 98, 205 = SozR 4–3300 § 23 Nr. 6 = BeckRS 2007, 45285). Die fehlende **Berücksichtigung des hauswirtschaftlichen Versorgungsbedarfs** als Voraussetzung für den Anspruch auf Pflegezulage (auch nach der Änderung des § 35 BVG in Art. 9 PflegeVG, vgl. BSG 2.7.1997 – 9 RV 19/95, SozR 3–3100 § 35 Nr. 6 = BeckRS 1997, 30418335) ist deshalb kein Grund, das Ruhen der Leistung der Pflegeversicherung auf den Teil zu beschränken, der dem Anteil der Grundpflege am gesamten Hilfebedarf entspricht und den Teil, der auf die hauswirtschaftliche Versorgung entfällt, vom Ruhen auszu-

nehmen (BSG 29.4.1999 – B 3 P 15/98 R, SozR 3–3300 § 34 Nr. 1 = BeckRS 1999, 30057668; aA Niepel ZfS 1996, 7 (12); Zehentbauer br 1995, 111 (112)).

Zur Berechnung des von der Pflegeversicherung zu leistenden Pflegegeldes beim **Zusammentreffen mit einer Pflegezulage nach § 35 BVG** (BSG 10.10.2000 – B 3 P 2/00 R, SozR 3–3300 § 34 Nr. 4 = BeckRS 2001, 40471): Aus dem Begriff „soweit“ in Abs. 1 Nr. 2 folgt, dass eine Anrechnung der Pflegezulage auf die Leistungen der Pflegeversicherung nur bis zu deren konkreter Höhe im jeweiligen Einzelfall stattfindet; weitergehende Leistungen der Pflegeversicherung werden nicht ausgeschlossen. Hieraus und aus der fehlenden Differenzierung zwischen Sach- und Geldleistungen bei der Festlegung des Ruhens folgt, dass bei der Ermittlung der von der Pflegeversicherung zu erbringenden restlichen Leistung jeweils von den (unterschiedlichen) Höchstgrenzen einerseits für Pflegesachleistungen nach § 36 Abs. 3 und andererseits für Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 S. 3 auszugehen und für die Ruhensfolge die konkrete Ausgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung maßgebend ist.

Beim **Zusammentreffen von Pflegezulage, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und Beihilfeleistungen** gilt Folgendes: Beziehen Versicherte, die nach § 28 Abs. 2 die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nur zur Hälfte und erhalten daneben Beihilfeleistungen bei Pflegebedürftigkeit, eine pauschale Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG, so wird diese je zur Hälfte auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und der Beihilfe angerechnet. Zwar hätte die grundsätzliche Subsidiarität der Beihilfe an sich zur Folge, dass die Pflegezulage vorrangig auf den Beihilfeanspruch angerechnet wird, doch enthält § 28 Abs. 2 auch insoweit eine spezielle, die Halbteilung begründende Regelung (vgl. hierzu auch BSG 29.4.1999 – B 3 P 15/98 R, SozR 3–3300 § 34 Nr. 1 = BeckRS 1999, 30057668).

Nach ihrem Wortlaut setzt die Regelung in Abs. 1 Nr. 2 voraus, dass Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit **„erhalten“**. Der für das Leistungsrecht der Pflegeversicherung grundlegende Vorrang der Entschädigungssysteme (§ 13 Abs. 1) gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung verbietet es jedoch, das Ruhen davon abhängig zu machen, ob der Pflegebedürftige die vorrangige Leistung tatsächlich in Anspruch nimmt (s. auch Schulin PV-HdB/Trenk-Hinterberger § 7 Rn. 21). Maßgebend muss daher sein, ob der für die Gewährung von Entschädigungsleistungen zuständige **Träger seine Leistungspflicht anerkennt**. § 13 Abs. 1 lässt ein Wahlrecht der Pflegebedürftigen zwischen den Leistungen eines Entschädigungssystems und denen der Pflegeversicherung nicht zu. Im Antrag auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ist deshalb zumindest zugleich konkludent auch ein Antrag auf eine der in § 13 Abs. 1 bzw. § 34 Abs. 1 Nr. 2 aufgeführten vorrangigen Leistungen anderer Träger zu sehen (s. auch BeckOK SozR/Baumeister Rn. 18).

Zu Besonderheiten beim Zusammentreffen von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung mit Leistungen bei Pflegebedürftigkeit aus der **gesetzlichen Unfallversicherung** nach § 44 SGB VII, vgl. Wannagat/Eichenhofer/Trenk-Hinterberger § 13 Rn. 52 ff. Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit **aus dem Ausland** oder von einer zwischen- oder überstaatlichen Einrichtung führen ebenfalls zum Ruhen der entsprechenden Leistungen der Pflegeversicherung (S. 2). Um vergleichbare Leistungen iSv S. 2 handelt es sich jedoch nur dann, wenn sie von einem öffentlich-rechtlichen Träger erbracht werden; Leistungen aus einer privaten UV können nicht berücksichtigt werden.

VI. Ruhen bei häuslicher Krankenpflege oder Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (Abs. 2 S. 1)

Abs. 2 betrifft anders als Abs. 1 nur das Ruhen der Leistungen bei häuslicher Pflege. Die Vorschrift wurde im 1. SGB XI-ÄndG erheblich umgestaltet. Unverän-

dert ist S. 1 Alt. 1, die den problembehafteten Grenzbereich der Leistungssysteme von GKV und Pflegeversicherung betrifft. Der Anspruch auf Leistungen nach den §§ 36–40 ruht nur, soweit Pflegebedürftige von der Krankenkasse (nach § 37 SGB V) häusliche Krankenpflege beanspruchen können und dieser Anspruch (neben der eigentlichen GKV-Leistung Behandlungspflege) auch die (an sich zur Pflegeversicherung zählenden) Leistungen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfasst (eingehend hierzu: BSG 28.1.1999 – B 3 KR 4/98 R, BSGE 83, 254 = SozR 3–2500 § 37 Nr. 1 = NZS 2000, 27; BSG 17.6.2010 – B 3 KR 7/09 R, SRa 2011, 31, BeckRS 2010, 74073). Soweit Abs. 2 durch das PSG II dahingehend geändert wurde, dass es dort statt „Leistung auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ nunmehr um Leistungen geht, „deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht“, handelt es sich dabei um eine rein redaktionelle Änderung. Die Begriffe „Grundpflege“ und „hauswirtschaftliche Versorgung“ werden im SGB XI vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr verwendet (vgl. BT-Drs. 18/5926, 119). Zum Anspruch auf Pflegegeld in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege vgl. → Rn. 20. Entgegen dem Wortlaut stellen die Spitzenverbände der Pflegekassen (Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20.12.2022, § 34 Ziff. 3 Abs. 1) nicht auf den Anspruch, sondern auf den Bezug der Leistung ab. Dies ist schon deshalb sinnvoll, weil andernfalls die Abgrenzungsprobleme auf dem Rücken der Pflegebedürftigen ausgetragen werden könnten und es zudem nicht nachvollziehbar ist, warum der Wortlaut des Abs. 2 hinsichtlich der häuslichen Krankenpflege auf den Anspruch und hinsichtlich der anderen Leistungen (Krankenhausaufenthalte und sonstige stationäre Maßnahmen) auf den Aufenthalt zB im Krankenhaus und damit letztlich auf die tatsächliche Gewährung abstellt (vgl. auch BeckOGK/Leitherer Rn. 26). Die Pflegekassen nehmen darüber hinaus den Anspruch auf Versorgung mit Pflege-Hilfsmitteln und technischen Hilfen nach § 40 „mangels eines adäquaten Leistungsanspruchs gegenüber der GKV“ vom Ruhen aus (vgl. Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20.12.2022, § 34 Ziff. 3 Abs. 1).

- 18 Ein **Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung** als Bestandteil des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V kann nach dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit nur bestehen, wenn durch die häusliche Krankenpflege eine an sich gebotene Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (§ 37 Abs. 1 SGB V). § 37 Abs. 2 SGB V sieht häusliche Krankenpflege auch vor, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (sog. Sicherungspflege). Sie umfasst in diesem Fall jedoch nur die Behandlungspflege. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können als Ergänzung der Sicherungspflege von der Krankenversicherung gewährt werden, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse vorgesehen ist. Nach dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit kommt diese Leistung kraft Satzungsrecht jedoch nicht in Betracht (§ 37 Abs. 2 S. 6 SGB V). Häusliche Krankenpflege wird von den Krankenkassen auch zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung nur geleistet, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V). Allein die **Gewährung von Behandlungspflege** durch die Krankenkasse im Rahmen des § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V (zur Sicherung des Erfolgs der ärztlichen Behandlung) führt nicht zum Ruhen der Leistungen nach den §§ 36 ff.
- 19 Der stationäre **Aufenthalt in einer Einrichtung** iSv § 71 Abs. 4 (Krankenhaus, Einrichtung zur medizinischen Reha bzw. der Behindertenhilfe) führt ebenfalls zum Ruhen der Ansprüche auf Leistungen bei häuslicher Pflege. Die Regelung ordnet das Ruhen der Leistungen der Pflegeversicherung nur für die Zeiträume an, in denen sich der Pflegebedürftige in einer der in § 71 Abs. 4 genannten Einrichtungen tatsächlich aufhält („für die Dauer des stationären Aufenthalts“). Nicht betroffen sind die Zeiten, in denen sich der Pflegebedürftige nicht in der Einrichtung aufhält,

sondern zu Hause gepflegt wird (BT-Drs. 13/3696, 12; BeckOGK/Leitherer Rn. 30).

VII. Fortzahlung von Pflegegeld (Abs. 2 S. 2)

Die mit dem 1. SGB XI-ÄndG eingefügte Regelung hat die Verwaltungspraxis 20 der Pflegekasse zur ursprünglichen Gesetzesfassung übernommen, wonach das Pflegegeld nach § 37 (oder anteiliges Pflegegeld nach § 38) **in den ersten vier Wochen** einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Reha-Maßnahme weitergezahlt wird, um die Pflegebereitschaft der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen im häuslichen Bereich zu erhalten (vgl. BT-Drs. 13/3696, 12). Der Anspruch ist auf Fortzahlung des Pflegegeldes gerichtet; dh der Anspruch auf Pflegegeld muss bereits vor Antritt der stationären Maßnahme bestanden haben. Wird erst im Verlauf des Aufenthalts in einer stationären Einrichtung iSv § 71 Abs. 4 Pflegebedürftigkeit festgestellt, kann daneben Pflegegeld auch dann nicht beansprucht werden, wenn eine zur Übernahme der Pflege nach Abschluss der stationären Maßnahme bereite Person benannt wird (SchlHLSG 1.3.2013 – L 10 P 5/12, BeckRS 2013, 71840). Die Spitzenverbände (vgl. Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20.12.2022, § 34 Ziff. 3 Abs. 1) haben die Ausnahmeregelung über deren Wortlaut hinaus auch dann angewandt, wenn anstelle von Krankenhausbehandlung häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V in Anspruch genommen wurde (vgl. hierzu auch die Anwendungsbeispiele im Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20.12.2022 zu § 37 Ziff. 3). Mit dem PflegeWEG wurde S. 2 entsprechend ergänzt, um eine klare Rechtsgrundlage zu schaffen. Pflegebedürftige, die ihre Pflege gem. § 63b Abs. 6 S. 1 SGB XII (früher: § 66 Abs. 4 S. 2 SGB XII) durch angestellte besondere Pflegekräfte sicherstellen (sog. Assistenzmodell), erhalten das Pflegegeld auch über die ersten vier Wochen hinaus.

VIII. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (Abs. 3)

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (Abs. 3) nach § 44 sind 21 vom Ruhen der Leistungsansprüche in bestimmten Fällen nicht betroffen. In der ursprünglichen Fassung des Gesetzes befand sich eine entsprechende Regelung in Abs. 2 S. 2. Sie erfasste allerdings nur den Fall, dass das Ruhen wegen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege eintrat. Auf Veranlassung des AuS-Ausschusses (BT-Drs. 13/4091, 6) wurden im 1. SGB XI-ÄndG sowie im PflegeWEG (vgl. BT-Drs. 16/8525, 96) zusätzlich der bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr andauernde Auslandsaufenthalt der Versicherten (Klarstellung des Wortlauts durch Art. 1 Nr. 16b PflegeWEG) oder Erholungsurlaub der Pflegeperson, sowie die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V hinzugefügt. Vom Ruhen ausgenommen sind, nach der Ergänzung von Abs. 3 durch das PNG, auch die mit dem PflegezeitG eingeführten zusätzlichen Leistungen nach § 44a. Beim vorübergehenden Auslandsaufenthalt ist nicht erforderlich, dass die Pflegeperson die Pflegebedürftigen begleitet (BeckOGK/Leitherer Rn. 37); bei einer Pflege im Ausland wird man § 4 SGB IV entsprechend anwenden müssen. Durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) erfolgte in Abs. 3 eine Synchronisation mit der angehobenen Höchstdauer, in § 39 hinsichtlich der Leistungen zur sozialen Sicherheit nach den §§ 44 und 44a auf sechs bzw. acht Wochen (BT-Drs. 20/6983, 100).

§ 35 Erlöschen der Leistungsansprüche

¹Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Buch nichts Abweichendes bestimmt ist. ²§ 19 Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend. ³Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erlöschen Ansprüche auf Kostenerstattung nach diesem Buch abweichend von § 59 des Ersten Buches nicht, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Tod des Berechtigten geltend gemacht werden.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Dauer des Anspruchs	2

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch das PflegeVG (vom 26.5.1994, BGBl. I 1014, zuletzt geändert durch Art. 57 Abs. 33 Gesetzes vom 12.12.2019, BGBl. I 2797) eingeführt worden (vgl. § 32, BT-Drs. 12/5262, 111). S. 2 wurde durch Art. 4 Nr. 1 GKV-VStG (vom 22.12.2011, BGBl. I 2983) mWv 1.5.2011 angefügt. Durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) wurde § 35 durch S. 3 ergänzt.

II. Dauer des Anspruchs

- 2 Der Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nach den §§ 36–44 besteht nur **während der Dauer der Mitgliedschaft** in der sozialen Pflegeversicherung. Von der Mitgliedschaft unabhängig ist allein die unentgeltliche Inanspruchnahme von Pflegekursen gem. § 45. Wegen des Grundsatzes „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ werden jedoch im Hinblick auf den nachgehenden Krankenversicherungsschutz nach § 19 Abs. 2 und 3 SGB V Unterbrechungen bis zu einem Monat als unschädlich angesehen (Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20.12.2022, § 35 Ziff. 1). Darüber hinaus besteht ein nachwirkender Versicherungsschutz auch nicht für Familienversicherte (§ 25) beim Tod des Hauptversicherten. Sie müssen die Pflegeversicherung ggf. gem. § 26 fortsetzen. Beim Tod eines Elternteils sind die Kinder uU über den überlebenden Elternteil familienversichert.
- 3 Die durch das GKV-VStG als S. 2 angefügte Verweisung auf § 19 Abs. 1a SGB V stellt klar, dass – wie bei einer Krankenkasse – auch bei einer Insolvenz oder Schließung einer Pflegekasse die von ihr getroffenen Leistungsentscheidungen mit Wirkung für die aufnehmende Pflegekasse fortgelten.
- 4 Nach dem neuen S. 3 erlöschen in dem Fall, in dem die Mitgliedschaft durch Tod endet, Ansprüche auf Kostenerstattung nach diesem Buch abweichend von § 59 SGB I nicht, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Tod der Berechtigten geltend gemacht werden. § 59 SGB I sieht vor, dass Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod der Berechtigten erlöschen. Ansprüche auf Geldleistungen erlöschen ebenfalls grundsätzlich, es sei denn, diese Ansprüche sind bereits anerkannt oder es ist ein Verwaltungsverfahren darüber anhängig. § 35 S. 3 trägt der Besonderheit der Kostenerstattung im Rahmen des SGB XI, nämlich, dass die Berechtigten grundsätzlich in Vorleistung gehen und nachfolgend eine Erstattung erhalten, Rechnung. Versterben die Berechtigten vor Abrechnung der ausgelegten Kosten, bestand für die Erben nach bisheriger Rechtslage kein Anspruch auf Kosten-

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

erstattung. Dies betraf nach Auffassung des Gesetzgebers insbesondere die Ansprüche nach den §§ 39, 45a Abs. 4 und § 45b sowie den Anspruch nach § 40 Abs. 2, der sowohl in Form einer Kostenerstattung als auch als Sachleistung erbracht werden kann. Mit der Neuregelung soll deshalb auch nach dem Versterben der Pflegebedürftigen eine nachträgliche Geltendmachung von Aufwendungen für Kostenerstattungsansprüche nach dem SGB XI ermöglicht werden (BT-Drs. 19/30560, 61).

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Pflegeleistungen als Teil eines persönlichen Budgets (S. 1)	3

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in **1** das SGB (vom 27.12.2003, BGBl. I 3022) eingefügt und durch das BTHG (vom 23.12.2016, BGBl. I 3234) angepasst an den neuen § 29 SGB IX (mit Wirkung zum 1.1.2018).

II. Normzweck

Die Vorschrift ermöglicht Pflegebedürftigen iSd SGB XI, die zugleich behinderte **2** Menschen iSd SGB IX sind, was regelmäßig der Fall sein dürfte, die Teilnahme an einem trägerübergreifenden persönlichen Budget nach § 29 SGB IX, wobei nur die in S. 1 aufgeführten Leistungen der Pflegeversicherung in das Budget einbezogen werden können. Diese Leistungen sollen behinderte Menschen im Rahmen der ihnen aus unterschiedlichen Sozialleistungsbereichen insgesamt zustehenden Leistungen zur Teilhabe zentral von einem Träger erhalten (Neumann NZS 2004, 281). Behinderte Menschen sollen hierdurch unterstützt werden, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen (BT-Drs. 15/1514, 72 und 14/5074, 103). Das persönliche Budget stellt damit letztlich keine neue Leistungsart dar, sondern lediglich eine andere Form der Leistungsgewährung. Die Voraussetzungen der am Budget beteiligten Leistungen sind weiterhin in den jeweiligen Leistungsgesetzen, hier dem

SGB XI, geregelt. Diese Form der Leistungsgewährung durchlief zunächst eine Erprobungsphase, in der die Leistungen „auch“ durch ein persönliches Budget ausgeführt werden „konnten“ (§ 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX); seit dem 1.1.2008 ist diese Form der Leistungsgewährung für die beteiligten Träger verpflichtend, soweit die Leistungsberechtigten einen entsprechenden Antrag stellen. Der Anspruch wird auch trotz des ab dem 1.1.2018 geltenden § 29 SGB IX weiterhin nur auf einen Gutschein gerichtet sein können (BT-Drs. 18/9522, 244).

III. Pflegeleistungen als Teil eines persönlichen Budgets (S. 1)

- 3 Budgetfähig sind nur die in S. 1 aufgeführten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Bei häuslicher Pflege sind dies die Pflegesachleistung (§ 36), das Pflegegeld (§ 37 Abs. 1), die Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld (§ 38) sowie die Kostenübernahme von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln (§ 40 Abs. 2); bei stationärer Pflege können nur Leistungen der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (§ 41) einbezogen werden. Soweit Sachleistungen einbezogen werden (auch in Form der Kombination nach § 38) dürfen nur Gutscheine zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen in dem jeweils vorgesehenen Umfang berechtigen. Dies macht deutlich, dass die Leistungsform des Persönlichen Budgets grundsätzlich nur auf pauschalisierte wiederkehrende Geldleistungen zugeschnitten ist (vgl. BeckOK SozR/Baumeister Rn. 4).
- 4 Das **Verfahren zur Durchführung** des Persönlichen Budgets ist in § 29 SGB IX geregelt. Die bislang geltende BudgetVO (vom 27.4.2004, BGBl. I 1055) wurde mit dem Inkrafttreten des BTHG zum 1.1.2018 aufgehoben, wobei sich der Inhalt der BudgetVO teilweise in § 29 SGB IX wiederfindet. Von der neuen Ermächtigung nach § 30 SGB IX haben die Verordnungsgeber bislang keinen Gebrauch gemacht. Die S. 2 und 3 haben lediglich klarstellende Funktion (BT-Drs. 15/1514, 73). Dies gilt etwa für den Hinweis in S. 3, dass andere als die in S. 1 aufgeführten Leistungen der Pflegeversicherung unberührt bleiben. Ruht der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung wegen eines Auslandsaufenthaltes (§ 34 Abs. 1 Nr. 1), so kann auch durch § 35a kein Leistungsanspruch begründet werden (LSG Bln-Bbg 17.12.2010 – L 27 P 71/10 B ER, BeckRS 2011, 68852).

Dritter Abschnitt. Leistungen

Erster Titel. Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 36 Pflegesachleistung

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

(2) ¹Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie

möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern.² Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.³ Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

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

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

- 1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 761 Euro,
- 2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 432 Euro,
- 3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 778 Euro,
- 4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 200 Euro.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Häusliche Pflegehilfe (Abs. 1 S. 1)	3
IV. Gegenstand der häuslichen Pflege (Abs. 1 und 2)	6
1. Leistungsspektrum	7
2. Ziele der Hilfeleistung	14
3. Formen der Hilfeleistung	15
V. Leistungshöhe (Abs. 3)	17
VI. Örtlichkeit der Pflege (Abs. 4 S. 1)	20
VII. Geeignete Pflegekräfte (Abs. 4 S. 2 und 3)	23
VIII. Poolen von Leistungsansprüchen (Abs. 4 S. 4)	26

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.4.1995 durch Art. 1 **PflegeVG** eingeführt worden **1** (vgl. BT-Drs. 12/5262, 111 f. zu § 32). Abs. 1 enthält in S. 1 eine Definition der häuslichen Pflegehilfe und beschränkte in S. 2 und 3 den Kreis der Leistungserbrin-

ger. Abs. 2 bestimmte den Inhalt der Hilfeleistungen näher durch Bezugnahme auf den Verrichtungskatalog des § 14. Für die Höhe der Leistungen sah Abs. 3 nach 3 Pflegestufen gestaffelte Obergrenzen vor, die Abs. 4 um eine Härtefallregelung ergänzte. Durch das **1. SGB XI-ÄndG** wurden mWv 25.6.1996 in Abs. 1 der S. 1 durch S. 1 und 2 unter neuer (negativer) Umschreibung der Häuslichkeit der Pflege ersetzt sowie in Abs. 4 S. 2 die Härtefallregelung geändert. Die in Abs. 3 enthaltenen Leistungssätze wurden durch das Achte Euro-Einführungsg vom 23.10.2001 (BGBl. I 2702) mWv 1.1.2002 von DM auf EUR umgestellt. Abs. 2 wurde durch Art. 8 Nr. 8 **GKV-WSG** vom 26.3.2007 (BGBl. I 378) mWv 1.4.2007 um einen 2. Hs. ergänzt, wonach die häusliche Pflegehilfe grundsätzlich nicht verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen umfasst. Durch Art. 1 Nr. 17 **Pflege-WEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) wurden mWv 1.7.2008 an Abs. 1 die S. 5–7 zum Poolen von Leistungsansprüchen angefügt, in Abs. 3 die Leistungssätze zeitlich gestaffelt erhöht und in Abs. 4 S. 2 und 3 die Härtefallregelung neu gefasst. Im **PSG I** wurden mWv 1.1.2015 die Leistungssätze in Abs. 3 und 4 erneut erhöht. Art. 2 Nr. 17 **PSG II** hat die Vorschrift mWv 1.1.2017 völlig neu gefasst: Die Definition der häuslichen Pflegehilfe verblieb in Abs. 1 S. 1, wurde aber infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. § 14) erweitert; nach Abs. 1 S. 2 wurde die Regelung des früheren Abs. 2 ebenfalls unter Anpassung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff überführt; weiter konkretisiert wurden die Leistungsinhalte im neuen Abs. 2; für die Leistungshöhe sieht Abs. 3 nach Pflegegraden gestaffelte Obergrenzen vor, wobei diejenige für den Pflegegrad 5 derjenigen für die früheren Härtefälle entspricht; der neue Abs. 4 entspricht den S. 2–7 des früheren Abs. 1, wobei die Regelung zum Poolen auf einen Satz gekürzt wurde. Art. 1 Nr. 9 **PSG III** hat zum 1.1.2020 die (negative) Umschreibung der häuslichen Pflege in Abs. 4 S. 1 an die Novellierung des SGB IX durch das BTHG angepasst. Die Leistungssätze in Abs. 3 wurden durch das **GVWG** mWv 1.1.2022 und nochmals durch das PUEG mWv 1.1.2024 erhöht.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift regelt die häusliche Pflege durch professionelle Pflegekräfte, die von der Pflegekasse gestellt und (in den Grenzen von Abs. 3) bezahlt werden. In der Vorschrift kommt schon allein durch ihre Stellung am Anfang des Leistungsrechts der **Vorrang der häuslichen Pflege** (§ 3) zum Ausdruck, wonach die Leistungen der Pflegeversicherung vorrangig dazu dienen sollen, den Pflegebedürftigen den Verbleib in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dieses Ziel macht sowohl die Beschreibung des Gegenstandes der (vorrangigen) häuslichen Pflege (Abs. 1 und 2) als auch ihre Abgrenzung von der (nachrangigen) stationären Pflege (Abs. 4 S. 1) erforderlich. Für den Bereich der häuslichen Pflege kommt in der Vorschrift ferner das **Leitbild der professionellen Pflege** zum Ausdruck. Denn die darin geregelte (ambulante) Pflegesachleistung wird nur durch geeignete, erwerbsmäßige Pflegekräfte erbracht (Abs. 4 S. 2 und 3). Und Pflegegeld wird nur anstelle der Pflegesachleistung (§ 37 Abs. 1 S. 1) unter der Voraussetzung gewährt, dass die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist (§ 37 Abs. 1 S. 2), was den Abruf professioneller Beratungseinsätze erfordert (§ 37 Abs. 3 S. 1, Abs. 6). Entsprechend der **Ergänzungsfunktion** der Pflegeversicherung (§ 4 Abs. 2) soll die Pflegesachleistung nicht den vollen pflegerischen Bedarf decken, sondern nur einen wertmäßig begrenzten Teil (Abs. 3). Der Ergänzung der neben der Sachleistung erforderlichen familiären, nachbarschaftlichen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflege dient auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen (Abs. 2 S. 2).

III. Häusliche Pflegehilfe (Abs. 1 S. 1)

Die Vorschrift regelt in Abs. 1 S. 1 den **Anspruch** auf ambulante Pflegesachleistungen, für die der – zugleich legaldefinierte – Begriff der häuslichen Pflegehilfe eingeführt wird. Geregelt werden allerdings weniger die **Voraussetzungen** dieses Anspruchs als dessen Inhalt. Die Anspruchsvoraussetzungen ergeben sich überwiegend aus den allgemeinen Vorschriften: das vorausgesetzte Versicherungsverhältnis aus §§ 33, 35, das Erfordernis von Pflegebedürftigkeit aus § 14 und die Antragsbedürftigkeit aus § 35. Als Anspruchsvoraussetzung verlangt § 36 zusätzlich nur, dass die Pflegebedürftigkeit die Schwere mindestens des Pflegegrades 2 aufweisen muss.

Der **Inhalt** des Anspruchs wird in Abs. 1 S. 1 nach Gegenstand (körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung), Ort (häusliche Pflege) und Art der Leistung (Sachleistung) bestimmt. Dabei finden sich nähere Regelungen über den Gegenstand der Leistung in Abs. 1 S. 2 und Abs. 2 (vgl. hierzu → Rn. 6 ff.) und über den Ort der Pflege in Abs. 4 S. 1 (vgl. hierzu → Rn. 20 ff.).

Nach der Terminologie des Gesetzgebers handelt es sich bei der häuslichen Pflegehilfe um eine **Pflegesachleistung**. Mit diesem Begriff soll in erster Linie der Unterschied zum Pflegegeld als der zweiten Leistung bei ambulanter Pflege gekennzeichnet werden (vgl. hierzu auch → Vor §§ 28–45f Rn. 1–3). Bei den personellen Hilfen, die nach § 36 beansprucht werden können, handelt es sich allerdings iSv § 4 Abs. 1 S. 1 nicht um Sach-, sondern um Dienstleistungen. Dass in § 36 Abs. 1 S. 1 gleichwohl von deren Gewährung „als Sachleistung“ die Rede ist, bezieht sich auf das Sachleistungsprinzip. Danach werden die Sach- und Dienstleistungen der sozialen Pflegeversicherung dem Versicherten nur als solche – in Natur – zur Verfügung gestellt (daher auch Naturalleistungsprinzip). Dies erfordert, dass die Pflegekassen rechtliche Beziehungen mit Personen eingehen, die die Leistungen tatsächlich erbringen (vgl. § 29 Abs. 2). Bei der häuslichen Pflegehilfe sind dies die geeigneten Pflegekräfte iSv Abs. 4 S. 2 und 3, die aufgrund eines Arbeits-, Versorgungs- oder Einzelvertrages mit der Pflegekasse für diese pflegerisch tätig werden (näher dazu → Rn. 23). Zu den Pflegesachleistungen iSv § 36 zählen nicht alle von professionellen ambulanten Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen, sondern nur solche, die auf Veranlassung einer Pflegekasse von einem zugelassenen Pflegedienst erbracht werden – wobei innerhalb des Leistungsrahmens der Pflegeversicherung nicht der Pflegebedürftige, sondern die Pflegekasse Schuldner des Vergütungsanspruchs des Pflegedienstes ist. Wird dagegen allein der Pflegebedürftige Vertragspartner des Pflegedienstes und schuldet somit auch allein er die Bezahlung der Vergütung, so liegt ein Fall des § 36 nicht vor (BSG 10.10.2000 – B 3 P 2/00 R, SozR 3–3300 § 34 Nr. 4 = BeckRS 2001, 40471). Der Einsatz professioneller Pflegekräfte im Wege des Arbeitgebermodells, also im Wege der Anstellung dieser Pflegekräfte durch den Pflegebedürftigen selbst, ist über § 36 ebenfalls nicht möglich (auch → Rn. 23a). Die Selbstbeschaffung von Pflegesachleistungen ist indessen nicht kategorisch ausgeschlossen. Zwar ist im SGB XI ein ausdrücklicher Anspruch auf **Kostenerstattung** bei selbst beschafften Sach- oder Dienstleistungen – wie ihn § 4 Abs. 1 S. 1 an sich voraussetzt – nicht enthalten. Doch ist § 13 Abs. 3 SGB V als Ausdruck eines allgemeinen Rechtsgrundsatzes auch im Bereich der sozialen Pflegeversicherung anwendbar (BSG 30.10.2001 – B 3 KR 27/01, BSGE 89, 50 (56 f.) = BeckRS 2002, 40650; 15.11.2007 – B 3 P 9/06 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 7 Rn. 23 = BeckRS 2008, 51887; 30.7.2019 – B 3 P 18/18 B, BeckRS 2019, 19092 Rn. 9; 17.6.2021 – B 3 P 5/19 R, BSGE 132, 216 Rn. 30 = BeckRS 2021, 28839).

IV. Gegenstand der häuslichen Pflege (Abs. 1 und 2)

- 6 Der Gegenstand der häuslichen Pflege wird in Abs. 1 und 2 nach Spektrum, Ziel und Form der Hilfeleistungen umschrieben. Das **Spektrum** der Hilfeleistungen wird in Abs. 1 S. 1 begrifflich umrissen und umfasst danach körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung (näher zu diesen Begriffen → Rn. 9 ff.). Als Oberbegriff für diese summarischen Leistungsbeschreibungen führt Abs. 1 S. 2 die „pflegerischen Maßnahmen“ ein und verweist zu deren näheren Bestimmung auf die Module, die nach § 14 Abs. 2 für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit maßgeblich sind. Bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen bemüht sich Abs. 2 S. 3 um eine weitere Konkretisierung über eine katalogmäßige Umschreibung der umfassten Unterstützungsleistungen. Den **Zielen** der Hilfeleistungen hat das PSG II in Abs. 2 S. 1 eine eigene Vorschrift gewidmet. Entgegen dem ersten Eindruck, den diese Vorschrift erweckt, werden die Ziele darin keineswegs umfassend geregelt (näher dazu → Rn. 14). Die **Formen** der Hilfeleistungen betrifft Abs. 2 S. 2, regelt dabei aber schon dem Wortlaut des Gesetzes nach („Bestandteil ... ist auch ...“) nur einen einzelnen Aspekt (vgl. hierzu → Rn. 15 f.).

1. Leistungsspektrum

- 7 Durch das PSG II wurde in Abs. 1 S. 1 das Leistungsspektrum der häuslichen Pflege neu bestimmt: Umfasste dieses bis zum 31.12.2016 Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, so umfasst es seit 1.1.2017 körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Der Gesetzgeber hat damit nicht nur **neue Begriffe** eingeführt und Grundpflege durch körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie hauswirtschaftliche Versorgung durch Hilfen bei der Haushaltsführung ersetzt (näher dazu → Rn. 9, 11). Vielmehr hat er mit den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen auch die allgemeine, nicht verrichtungsbezogene Betreuung zur **gleichrangigen Kernleistung** der häuslichen Pflegehilfe gemacht. Solche Betreuungsleistungen konnten ursprünglich als ambulante Sachleistungen nicht beansprucht werden. Denn der frühere Pflegebedürftigkeitsbegriff stellte eng auf Alltagsverrichtungen ab, die häufiger bei vorrangig körperlich beeinträchtigten Menschen vorkommen (vgl. § 14 Abs. 4 aF), und erfasste damit kognitive oder psychische Beeinträchtigungen nicht hinreichend. Ein Aufsichts- und Betreuungsbedarf war lediglich relevant, wenn er einen Verrichtungsbezug aufwies. Die Ausklammerung der nicht verrichtungsbezogenen, allgemeinen Betreuung galt nicht nur für den Leistungszugang, sondern wirkte sich über § 36 Abs. 2 aF auch auf den Leistungsumfang aus. Die Inanspruchnahme des ambulanten Sachleistungsvolumens für Betreuungsleistungen hatte erst das PflegeWEG ab 1.7.2008 ermöglicht – allerdings nur subsidiär, nämlich nach Sicherstellung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (§ 36 Abs. 1 S. 5 und 6 aF). Auf einen solchen Nachrang verzichtete auch die durch das PNG mWv 1.1.2013 eingefügte Übergangsregelung zur häuslichen Betreuung in § 124 aF nicht (vgl. deren Abs. 6), in der aber erstmals der Begriff der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen auftauchte. Das PSG II hob diese Sonderregelung auf und machte die Betreuung in § 36 zu einer gleichrangigen Kernleistung der häuslichen Pflege. Letzteres war nur folgerichtig, denn mit dem PSG II wurden somatisch wie kognitiv und psychisch bedingte Bedarfe in einem neuen, einheitlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff (näher dazu → § 14 Rn. 2 ff.) zusammengeführt, mithin in diesen auch bloße Aufsichts- und Betreuungsbedarfe einbezogen. Dies hätte es zugelassen, in § 36 Abs. 1 S. 1 nur von pflegerischen Maßnahmen zu sprechen. Dass dort gleichwohl von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen die Rede ist, schadet aber nicht, sondern verdeutlicht die Erweiterung des Leistungsspektrums.

Allein von **pflegerischen Maßnahmen** ist dagegen in Abs. 1 S. 2 die Rede. 8 Unter diesen Maßnahmen ist nichts anderes als die zusammenfassende Bezeichnung der in Abs. 1 S. 1 genannten körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen zu verstehen. Zu deren näheren Bestimmung verweist Abs. 1 S. 2 auf die 6 Module des § 14 Abs. 2. Damit wird sichergestellt, dass die Leistungsinhalte mit dem erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit korrespondieren. Der zum 1.1.2017 eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff gibt zwar den engen Verrichtungsbezug des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf, verzichtet aber nicht auf einen Orientierungsrahmen, der die für die menschliche Existenz maßgebenden Aktivitäten und Lebensbereiche katalogmäßig erfasst (Udsching jurisPR-SozR 6/2016 Anm. 1). Dies gilt über Abs. 1 S. 2 auch für den Leistungsumfang. Die Hilfeleistungen müssen sich auf die veränderten Inhalte nach § 14 beziehen, die sich aus dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit ableiten lassen. Folglich können als Sachleistung nur personelle Hilfen erbracht werden, die sich einem der 6 Module des § 14 Abs. 2 zuordnen lassen. An die Stelle des früheren Verrichtungsbezugs ist somit ein **Modulbezug** getreten. Dieser hat **abschließenden Charakter**. Hilfeleistungen in anderen als den in Abs. 1 S. 2 genannten 6 Bereichen können nicht beansprucht werden. Kein Anspruch besteht daher auf personelle Hilfen bei außerhäuslichen Aktivitäten (Modul 7, vgl. § 18 Abs. 5a S. 3 Nr. 1). Dem steht nicht entgegen, dass Bedarfe in diesem Bereich auch für die Pflegeplanung erfasst werden (§ 18 Abs. 5a S. 2). Denn der Leistungsumfang ergibt sich allein aus § 36. An sich ebenfalls als Sachleistung sind Hilfen bei der Haushaltsführung (Modul 8, vgl. § 18 Abs. 5a S. 3 Nr. 2). In Ermangelung des erforderlichen Bezugs zu einem der 6 Module des § 14 Abs. 2 handelt es sich bei ihnen um keine pflegerischen Maßnahmen iSv § 36 Abs. 1 S. 2. Um diese Hilfen dennoch in die häusliche Pflege einzubeziehen, werden sie eigens in § 36 Abs. 1 S. 1 aufgeführt.

Die in Abs. 1 S. 1 an erster Stelle genannten **körperbezogenen Pflegemaßnahmen** 9 sind personelle Hilfen insbesondere in den Bereichen Mobilität (Modul 1, § 14 Abs. 2 Nr. 1) und Selbstversorgung (Modul 4, § 14 Abs. 2 Nr. 4). Die in diesen Modulen berücksichtigten Aktivitäten entsprechen weitgehend dem früheren Verrichtungskatalog in § 14 Abs. 4 aF. Mit der Bezugnahme auf die Module 1 und 4 stellt Abs. 1 S. 2 sicher, dass alle Hilfeleistungen der früheren **Grundpflege** weiterhin beansprucht werden können. Auf den Begriff der Grundpflege hat das PSG II verzichtet und ihn ab 1.1.2017 durch denjenigen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen ersetzt. Der Begriff der Grundpflege stand schon länger in der Kritik, weil er einem ganzheitlichen Verständnis von Pflege widerspreche. Dabei ging es nicht allein um den vom SGB XI verlangten Verrichtungsbezug (§ 14 Abs. 4, § 36 Abs. 2 aF) und die damit einhergehende somatische Verengung der Pflege. Mehr noch wurde der Begriff der Grundpflege von der Pflegewissenschaft abgelehnt, weil er ursprünglich als Gegensatz zu dem Begriff der Behandlungspflege eingeführt worden war und ihm insoweit die Differenzierung zwischen weniger anspruchsvollen, originär pflegerischen Tätigkeiten und höher qualifizierten, aber ärztlich bestimmten Maßnahmen zugrunde lag (vgl. Müller Pflege & Gesellschaft 3. Jg. (1998), Nr. 2, S. 1 ff.).

Zur näheren Bestimmung der in Abs. 1 S. 1 an zweiter Stelle genannten **pflegerischen Betreuungsmaßnahmen** 10 verweist das Gesetz zum einen – wie bei den körperbezogenen Pflegemaßnahmen – über Abs. 1 S. 2 auf die nach § 14 Abs. 2 jeweils maßgeblichen Module. Dies sind bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen vor allem die Bereiche kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Modul 2, § 14 Abs. 2 Nr. 2), Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Modul 3, § 14 Abs. 2 Nr. 3) sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Modul 6, § 14 Abs. 2 Nr. 6). Zum anderen bemüht sich das Gesetz in § 36 Abs. 2 S. 3 um eine Definition der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen. Diese Bestimmung geht auf § 124 Abs. 1 S. 2 i dF des PNG zurück, dient wie die Vorgängervorschrift der

Gestaltung der Schnittstellen vor allem zur Eingliederungshilfe (vgl. BT-Drs. 18/6688, 140), soll aber psychosoziale Unterstützungsbedarfe besser als diese erfassen (vgl. BT-Drs. 18/5926, 121). Wie die Vorgängervorschrift kommt auch § 36 Abs. 2 S. 3 über eine beispielhafte Aufzählung kaum hinaus, die angesichts der konturlosen Weite des Begriffs der Betreuung deutlich machen soll, an welchen Hilfeleistungen sich der Gesetzgeber orientiert hat. Immerhin stellt § 36 Abs. 2 S. 3 klar, dass pflegerische Betreuungsmaßnahmen im **häuslichen Umfeld** erbracht werden müssen. Örtlicher Bezugspunkt dieses Umfeldes ist der Haushalt oder andere Wohnraum, in dem der Pflegebedürftige regelmäßig häuslich gepflegt wird (zu den zulässigen Orten häuslicher Pflege → Rn. 20 f.). Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen müssen entweder einen engen räumlichen Bezug zu diesem Ort oder einen engen sachlichen Bezug zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens an diesem Ort aufweisen. Dies kann auch bei vorübergehendem Aufenthalt im häuslichen Umfeld der Familie des Pflegebedürftigen oder anderer ihm nahestehender Menschen noch der Fall sein. Der erforderliche Bezug zum **häuslichen Alltag** fehlt aber beim Besuch von Kindergarten oder Schule, bei der Ausbildung, Berufstätigkeit oder sonstigen Teilhabe am Arbeitsleben, bei der Wahrnehmung von Ämtern oder der Mitarbeit in Institutionen oder in vergleichbaren Bereichen (BT-Drs. 18/6688, 141). Dies folgt auch daraus, dass Betreuungsmaßnahmen bei außerhäuslichen Aktivitäten iSv Modul 7 (§ 18 Abs. 5a S. 3 Nr. 1) nicht von § 36 Abs. 2 S. 3 erfasst werden. Denn den von § 36 Abs. 1 S. 2 verlangten Bezug auf eines der 6 Module des § 14 Abs. 2 gibt § 36 Abs. 2 S. 3 für pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht auf. Es mag noch angehen, die Betreuung bei Spaziergängen in der näheren Umgebung, die Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und nahen Bekannten und die Begleitung zum Friedhof oder zum Gottesdienst als von § 36 Abs. 2 S. 3 erfasst anzusehen (so BT-Drs. 18/6688, 141). Bei der Regelung finanzieller und administrativer Angelegenheiten ist dies aber nicht mehr der Fall (so jedoch BT-Drs. 18/5926, 120). § 36 Abs. 2 S. 3 dient der Gestaltung der **Schnittstellen zur Eingliederungshilfe**, ermöglicht eine trennscharfe Abgrenzung aber nicht. Zwar haben Eingliederungshilfe und Pflege auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Grundsatz unterschiedliche Aufgaben: Aufgabe der Pflege ist die Kompensation von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Aufgabe der Eingliederungshilfe ist dagegen die Förderung der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (vgl. BT-Drs. 18/10523, 60). Doch weist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff über die gerade für die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen relevanten Module 2, 3 und 6 (iSv § 14 Abs. 2) eine größere Offenheit für Aspekte sozialer Teilhabe auf. Die damit zunehmenden Abgrenzungsfragen zur Eingliederungshilfe löst § 36 Abs. 2 S. 3 nur teilweise. Die dortige Beschränkung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen auf das häusliche Umfeld des Pflegebedürftigen stellt keine die Eingliederungshilfe verdrängende Zuweisung an die Pflegeversicherung dar. Vielmehr stehen die Betreuungsleistungen von Eingliederungshilfe und Pflege weder in einem Ausschließlichkeits- noch in einem Rangverhältnis, sondern können nebeneinander erbracht werden (vgl. § 13 Abs. 3 S. 3). Dies kann den Pflegebedürftigen allerdings nicht daran hindern, uU auf Drängen des Trägers der Eingliederungshilfe pflegerische Betreuungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, die andernfalls vom Eingliederungshilfeträger erbracht werden müssten.

- 11 Neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen umfasst die häusliche Pflegehilfe nach Abs. 1 S. 1 auch **Hilfen bei der Haushaltsführung**. Zwar sind die Fähigkeiten bei der Haushaltsführung nach dem ab 1.1.2017 geltenden Recht nicht mehr unmittelbar für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit relevant (vgl. § 14 Abs. 3); vielmehr werden Beeinträchtigungen in diesem Bereich (Modul 8) nur noch als Grundlage für die individuelle Pflegeplanung erhoben (vgl. § 18 Abs. 5a). Doch werden Hilfen bei der Haushalts-

führung weiterhin gewährt. Auf deren Herausnahme aus dem Leistungskatalog der Pflegeversicherung wurde aus pflegefachlichen Gründen verzichtet (BT-Drs. 18/5926, 121), da sie zu einem früheren Bedarf nach stationärer Pflege geführt hätte (Plantholz SRa Sonderheft 2016, 30 (31)). Die Änderung des Begriffs von hauswirtschaftlicher Versorgung in Hilfen bei der Haushaltsführung spiegelt die veränderte Perspektive des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wider: Pflegebedürftige sollen nicht nur (passiv) versorgt, sondern (aktiv) bei der Haushaltsführung unterstützt werden. Die Hilfen bei der Haushaltsführung stellen keine pflegerischen Maßnahmen iSv § 36 Abs. 1 S. 2 dar, da die Haushaltsführung als solche unter keines der 6 Module des § 14 Abs. 2 fällt (vgl. § 14 Abs. 3). Dennoch ist bei ihnen wie bei den pflegerischen Maßnahmen ein Modulbezug erforderlich: Als Hilfe bei der Haushaltsführung kann nur eine Unterstützung bei den von § 18 Abs. 5a S. 3 Nr. 2 erfassten Aktivitäten beansprucht werden. Dabei handelt es sich zum einen um **typische Hausarbeiten** wie Einkaufen, Kochen, Reinigungsarbeiten und Wäschepflege, die schon nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht Gegenstand der hauswirtschaftlichen Versorgung waren (vgl. § 14 Abs. 4 Nr. 4 aF). Zum anderen ist ab 1.1.2017 mit Hilfen in finanziellen und Behördenangelegenheiten auch die Unterstützung bei für die alltägliche Lebensführung notwendigen **geschäftlichen Belangen** erfasst. Dabei muss es sich um Aktivitäten handeln, die aus pflegefachlicher Sicht besonders wichtig sind, um im eigenen Haushalt verbleiben zu können (BT-Drs. 18/5926, 121). Abzugrenzen ist diese Unterstützung von der rechtlichen Betreuung: Zielt die Hilfe auf die rein tatsächliche Bewältigung des Alltags, kommt sie als Leistung der Pflegeversicherung in Betracht; zielt sie indessen auf das Ersetzen einer Rechtshandlung, ist der Aufgabenbereich des rechtlichen Betreuers betroffen (so zur insoweit vergleichbaren Eingliederungshilfe BSG 30.6.2016 – B 8 SO 7/15 R. Rn. 21, BeckRS 2016, 73091).

Die **medizinische Behandlungspflege** (vgl. → § 13 Rn. 9) ist auch ab 1.1.2017 kein Gegenstand der häuslichen Pflege; sie fällt weiterhin in die Leistungspflicht der GKV (§§ 37, 37c SGB V). Dies ergibt sich im Umkehrschluss aus §§ 41 Abs. 2 S. 1, 42 Abs. 2 S. 1, 43 Abs. 2 S. 1, wonach die teil- und vollstationäre Pflege sowie die Kurzzeitpflege auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege einschließt. Nichts anderes folgt daraus, dass die häusliche Pflege nach § 36 Abs. 1 S. 2 auch Hilfen im Bereich des Moduls 5 umfasst. Denn die Bewältigung von krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen iSv § 14 Abs. 2 Nr. 5 erfordert nicht zwingend behandlungspflegerische Maßnahmen; vielmehr können die betreffenden Handlungen prinzipiell auch von erkrankten Personen eigenständig durchgeführt werden, sofern sie über die dazu nötigen Ressourcen verfügen (Udsching jurisPR-SozR 6/2016 Anm. 1).

Obwohl die Behandlungspflege kein Gegenstand der häuslichen Pflege ist, gibt es **Überschneidungsbereiche**, nämlich zum einen bei den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen (§ 15 Abs. 5 S. 3) und zum anderen in der außerklinischen Intensivpflege (vgl. § 17 Abs. 1b). Vorgänger der (modulbezogenen) **krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen** iSv § 15 Abs. 5 S. 3 waren in dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Diese hatte das BSG zunächst in die ausschließliche Zuständigkeit der Pflegeversicherung verwiesen (BSG 30.10.2001 – B 3 KR 2/01 R, SozR 3–2500 § 37 Nr. 3 = NZS 2002, 484). In Reaktion auf eine punktuelle Korrektur dieser Rspr. durch das GMG gestand das BSG dann den Versicherten ein Wahlrecht zu, ob sie krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen als Leistung der GKV beanspruchen oder eine Berücksichtigung im Rahmen der Pflegeversicherung vorziehen (BSG 17.3.2005 – B 3 KR 9/04 R, BSGE 94, 192 Rn. 28 ff. = BeckRS 2005, 42379). Dieses Wahlrecht beseitigte das GKV-WSG zum 1.4.2007 und führte für alle verrichtungsbezogenen Maßnahmen der Behandlungspflege eine Doppelzuständigkeit von GKV und Pflegeversicherung ein (vgl. BSG 17.6.2010 – B 3 KR

7/09 R, BSGE 106, 173 Rn. 19 ff. = BeckRS 2010, 74038; 16.7.2014 – B 3 KR 2/13 R, SozR 4–2500 § 37 Nr. 12 Rn. 18 ff. = NZS 2014, 869). Zugleich wurde aber, um eine doppelte Abrechnung ein und derselben Sachleistung zu verhindern, an § 36 Abs. 2 ein Hs. 2 angefügt, wonach verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen nicht zum Umfang der häuslichen Pflegehilfe gehören, soweit sie im Rahmen des § 37 SGB V zu leisten sind (vgl. BT-Drs. 16/3100, 184 f.). Diese Bestimmung hat das PSG II bei der Neufassung des § 36 zum 1.1.2017 nicht übernommen. Dies müsste folgenreich sein, obwohl mit dem PSG II keine Leistungsverchiebungen zwischen GKV und Pflegeversicherung beabsichtigt waren (BT-Drs. 18/5926, 107). Denn ohne eine Einschränkung der Doppelzuständigkeit von GKV und Pflegeversicherung (wie durch § 36 Abs. 2 Hs. 2 aF) dürften krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen nunmehr auch zulasten der Pflegekasse erbracht werden. Hiervor scheut das BSG indessen zurück, das nunmehr § 13 Abs. 2 einen Vorrang der GKV entnimmt (BSG 26.3.2021 – B 3 KR 14/19 R, BSGE 132, 77 Rn. 27 = BeckRS 2021, 18079), obwohl dort nur bestimmt ist, dass die Leistungen nach dem SGB V von denjenigen nach dem SGB XI „unberührt“ bleiben, mithin die Leistungen nach § 37 SGB V in jeder Hinsicht unbeeinflusst von Pflegeversicherungsleistungen zu erbringen sind (NK-GesundhR/Berchtold SGB XI § 13 Rn. 5; Hauck/Noftz/Wagner SGB XI § 13 Rn. 22; jurisPK-SGB XI/Mießling SGB XI § 14 Rn. 44). Zu keinen inhaltlichen, sondern zeitlichen Überschneidungen kommt es in der **außerklinischen Intensivpflege** (§ 37c SGB V). Die dafür kennzeichnende qualifizierte Krankenbeobachtung zur Vermeidung des Eintritts lebensbedrohlicher Komplikationen fällt als medizinische Behandlungspflege in die Zuständigkeit der GKV (BSG 10.11.2005 – B 3 KR 38/04 R, SozR 4–2500 § 37 Nr. 6 Rn. 16 = BeckRS 2005, 44166). Werden diese Leistungen der häuslichen Krankenpflege zeitgleich mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe von derselben Pflegekraft erbracht, sollte ursprünglich nach der Rspr. des BSG der Zeitaufwand für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung allein zulasten der Pflegekasse gehen (BSG 28.1.1999 – B 3 KR 4/98 R, BSGE 83, 254 (262 f.) = BeckRS 1999, 30044665). Hiervon ist das BSG mit Blick auf die durch das GKV-WSG geschaffene Doppelzuständigkeit von GKV und Pflegeversicherung abgerückt und hat nur noch verlangt, den Zeitaufwand für die reine Grundpflege (dh ohne verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen) zur Hälfte von dem Zeitaufwand für die medizinische Behandlungspflege abzuziehen (BSG 17.6.2010 – B 3 KR 7/09 R, BSGE 106, 173 Rn. 28 = BeckRS 2010, 74038). Diese Aufteilung ist ab 1.1.2017 nicht mehr umsetzbar, weil seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs der pflegerische Zeitaufwand nicht mehr gemessen wird (Plantholz ZMGR 2016, 346 (351)). Daher hat der Gesetzgeber den SpiV in § 17 Abs. 1b ermächtigt, Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils der Pflegeversicherung zu erlassen. Die auf dieser Rechtsgrundlage geschaffenen Kostenabgrenzungs-Richtlinien vom 16.12.2016 sehen pauschale Minutenwerte je Pflegegrad vor (vgl. auch → § 17 Rn. 29 f.).

2. Ziele der Hilfeleistung

- 14 Nach § 36 Abs. 2 S. 1 ist es Ziel der häuslichen Pflegehilfe, die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten so weit wie möglich zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Diese durch das PSG II zum 1.1.2017 eingeführte Bestimmung erweckt den Eindruck, die Ziele der Hilfeleistungen umfassend zu beschreiben und hat insoweit im früheren Recht kein Vorbild. Bei näherem Zusehen zeigt sich aber, dass Abs. 2 S. 1 die Ziele der häuslichen Pflege weder vollumfänglich noch wenigstens schwerpunktmäßig wiedergibt. Denn Pflegebedürftigkeit ist kein Akutereignis, sondern ein Dauerzu-

stand (§ 14 Abs. 1 S. 3), der mit pflegerischen Maßnahmen nicht in erster Linie überwunden, sondern bewältigt werden soll. Das **eigentliche Ziel** aller pflegerischen Maßnahmen – auch im häuslichen Bereich – ist daher die **Bewältigung oder Kompensation** krankheitsbedingter Selbstständigkeits- oder Fähigkeitseinbußen (vgl. § 14 Abs. 1 S. 2). Dem steht nicht die geänderte Sichtweise des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entgegen, der sein Augenmerk auf die verbliebenen Ressourcen des Pflegebedürftigen setzt, statt eines rein defizitorientierten Blicks auf die erforderliche kompensatorische Hilfe (vgl. BT-Drs. 18/5926, 111). Auch wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff das Ausmaß der Selbständigkeit und Fähigkeiten in den Bereichen des § 14 Abs. 2 erkennbar machen soll, so erschöpft sich sein Zweck darin doch nicht. Vielmehr ist es sein Ziel, ausgehend von dem Ausmaß der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen das Ausmaß ihrer Abhängigkeit von Hilfe durch andere festzustellen (vgl. BT-Drs. 18/5926, 94 f.). Nach wie vor ist Pflegebedürftigkeit eine Bedarfslage, die durch gesundheitliche Defizite bedingt ist. Und der Ausgleich dieser Defizite ist weiterhin Hauptziel der personellen Hilfen, die die Pflegeversicherung zur Verfügung stellt. In der Logik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs liegt es lediglich, die personellen Hilfen mehr auf die **Stärkung der individuellen Ressourcen** des Pflegebedürftigen auszurichten. Dementsprechend hebt § 36 Abs. 2 S. 1 als Ziele der pflegerischen Maßnahmen die Wiedergewinnung verlorener Ressourcen (Beseitigung oder Minderung von Selbstständigkeits- oder Fähigkeitseinbußen) und den Erhalt verbliebener Ressourcen (Verhinderung der Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit) hervor. Der Preis dafür, dass das Hauptziel der personellen Hilfe nicht erwähnt wird, ist aber, dass kein Unterschied zu den Zielen der **medizinischen Rehabilitation** mehr erkennbar ist. Denn diese bestehen darin, Pflegebedürftigkeit zu überwinden bzw. beseitigen, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern (vgl. §§ 5 Abs. 6, 6 Abs. 2, 18 Abs. 1 S. 3, 31 Abs. 1, 32 Abs. 1). Obwohl diese Ziele denen in § 36 Abs. 2 S. 1 gleichen, wird damit Pflege nicht zur medizinischen Rehabilitation. Vielmehr hat das PSG II nur die Ziele **aktivierender Pflege** von § 28 Abs. 4 S. 1 aF nach § 36 Abs. 2 S. 1 überführt und dabei lediglich anders umschrieben.

3. Formen der Hilfeleistung

§ 36 Abs. 2 S. 2 regelt schon seinem Wortlaut nach („Bestandteil ... ist auch ...“) **15** die Formen der Hilfeleistung nicht umfassend, sondern hebt mit der pflegefachlichen Anleitung lediglich eine von ihnen hervor. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die bisherigen Formen der Hilfeleistung – vollständige oder teilweise **Übernahme, Anleitung oder Beaufsichtigung** (§ 14 Abs. 3 aF) – erhalten bleiben (BT-Drs. 18/5926, 110). Sie sind allerdings nicht mehr Bestandteil des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sondern allein für den Leistungsumfang von Bedeutung. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff tritt auch bei den Hilfeformen ein Modulbezug (→ Rn. 8) an die Stelle des früheren Verrichtungsbezuges, der vor allem die Anleitung und Beaufsichtigung Beschränkungen unterworfen hatte. Gerade von den Modulen 2, 3, 5 und 6 (iSv § 14 Abs. 2) werden Beeinträchtigungen von Selbständigkeit und Fähigkeiten erfasst, die Hilfen in Form von Anleitung, Motivation und Schulung erfordern. Erfasst sind auch Hilfeformen, bei denen ein aktives Tun nicht im Vordergrund steht, wie etwa bei der **Beobachtung** zur Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung oder bei der **bloßen Anwesenheit**, um dem Pflegebedürftigen emotionale Sicherheit zu geben. Es muss sich aber immer um Formen personeller Hilfe handeln. Beaufsichtigung durch eine räumlich nicht anwesende Person mittels Videoüberwachung oder durch andere technische Überwachungseinrichtungen ist daher keine häusliche Pflege (vgl. BT-Drs. 18/5926, 120; kritisch dazu BeckOK SozR/Giesbert Rn. 26).

- 16 Die **pflegefachliche Anleitung** iSv § 36 Abs. 2 S. 2 geht über das herkömmliche Verständnis von Anleitung hinaus. Anleitung ist eine Form der dem Pflegebedürftigen von einem an der Pflege Beteiligten (Pflegekraft oder Pflegeperson) geleisteten personellen Hilfe. Ihr Bezugspunkt ist eine Aktivität während der Anwesenheit der Pflegekraft oder Pflegeperson. Pflegekräfte sind allerdings im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe nur zu bestimmten Tages- oder Nachtzeiten beim Pflegebedürftigen. Situationen beim Pflegebedürftigen, die ein Handeln der an der Pflege Beteiligten erfordern, können aber auch außerhalb der Anwesenheitszeiten der Pflegekräfte auftreten. Hierauf zielt die in § 36 Abs. 2 S. 2 geregelte pflegefachliche Anleitung (vgl. BT-Drs. 18/6688, 140). Sie soll Pflegebedürftigen und Pflegepersonen darin unterstützen, auch während der Abwesenheit der Pflegekraft pflegerrelevante Situationen gut bewältigen zu können. Diese Art der Anleitung findet durch die Pflegekraft laufend und situationsbezogen im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe statt. Ergänzt und vertieft wird sie durch die Beratung im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 und durch die Inanspruchnahme von individuellen und Gruppenschulungen nach § 45.

V. Leistungshöhe (Abs. 3)

- 17 In Abs. 3 ist die Höhe der Leistungen geregelt. Diese korrespondiert mit dem Ausmaß der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten und dem damit einhergehenden Anstieg der Abhängigkeit von fremder Hilfe. Der dies widerspiegelnde **Grad der Pflegebedürftigkeit** ist Anknüpfungspunkt für die Leistungsbeträge (BT-Drs. 18/5926, 122). An diesem Grundsatz hat sich zum 1.1.2017 nichts geändert. Es sind nur in Abs. 3 an die Stelle der früheren Pflegestufen I bis III die Pflegegrade 2 bis 4 getreten und die bis zum 31.12.2016 in Abs. 4 geregelten Härtefälle durch den Pflegegrad 5 ersetzt worden.
- 18 Der Gesamtwert der von der Pflegekasse zu erbringenden Pflegesachleistung ist im Kalendermonat je nach Pflegegrad auf die in Abs. 3 genannten **Höchstbeträge** begrenzt, vgl. hierzu die Tabelle → Vor §§ 28–45f Rn. 8. Die Leistungsbeträge waren erstmals vom PflegeWEG ab 1.7.2008 zeitlich gestaffelt angehoben und vom PSG I ab 1.1.2015 weiter erhöht worden. Erhebliche Leistungsverbesserungen erfolgten ab 1.1.2013 durch das PNG für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in § 123 aF. Das PSG II hat die Leistungsbeträge ab 1.1.2017 so festgelegt, dass ihre Höhe den bisherigen Beträgen in den korrespondierenden Pflegestufen (zB Pflegegrad 2 wie Pflegestufe I) einschließlich der Leistungen nach § 123 aF entspricht. Damit wird sichergestellt, dass neben den übergeleiteten Pflegebedürftigen auch alle Neufälle mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zumindest gleich hohe Leistungen erhalten (BT-Drs. 18/5926, 122). Zum 1.1.2022 wurden die Leistungsbeträge durch das GVG um 5 % erhöht und lagen damit erstmals über denjenigen für die vollstationäre Pflege nach § 43. Das PUEG sieht weitere Anhebungen in zwei Schritten vor: Zum 1.1.2024 werden die Leistungsbeträge in Abs. 3 um 5 % erhöht (Art. 2 Nr. 4 PUEG) und zum 1.1.2025 wird nach dem durch Art. 1 Nr. 14 PUEG neu gefassten § 30 Abs. 1 eine weitere Erhöhung um 4,5 % erfolgen. § 36 Abs. 3 enthält in der Gesetz gewordenen Fassung nur betragsmäßige Höchstgrenzen, bis zu denen die Kosten für Pflegeeinsätze übernommen werden, nicht aber – wie im RegE zum PflegeVG noch vorgesehen – zusätzlich Höchstzahlen für Pflegeeinsätze. Auf die **Anzahl der Pflegeeinsätze** kommt es daher nicht an; zu praktischen Schwierigkeiten bei der Abwicklung der Leistungserbringung unter Beachtung der Obergrenzen und hieraus resultierenden Beratungspflichten der Pflegekassen vgl. BeckOGK/Weber Rn. 26 f.; Schulin PV-HdB/Leit-herer § 16 Rn. 43 ff. Fahrkosten, die bei den Einsätzen der Pflegekräfte notwendig werden, werden nicht gesondert erstattet; sie müssen von den Vertragspartnern der

Vergütungsregelung (§ 89) in den Preis des Pflegeeinsatzes einbezogen werden. Eine **Kürzung** der Höchstwerte ist im Gegensatz zum Pflegegeld (§ 37 Abs. 2) auch dann, wenn der Anspruch nicht für einen vollen Kalendermonat besteht, nicht vorgesehen. Aus der Beschränkung auf einen Höchstbetrag je Kalendermonat in § 36 Abs. 3 kann nicht auf einen anteiligen Tageshöchsatz geschlossen werden. Vielmehr können die Pflegesachleistungen an allen Tagen eines Kalendermonats nach dem jeweiligen Pflegebedarf in Anspruch genommen werden; die Pflegekasse hat dafür aber höchstens bis zum Wert für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen einzustehen (BSG 13.3.2001 – B 3 P 10/00 R, SozR 3–3300 § 38 Nr. 2 S. 12 = BeckRS 2001, 40833). Die wertmäßige Beschränkung der Leistungshöhe entspricht der **Ergänzungsfunktion** der Pflegeversicherung (§ 4 Abs. 2) und ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (BVerfG 26.3.2014 – 1 BvR 1133/12, NZS 2014, 414). Soweit der Pflegebedürftige mit dem für ihn geltenden Höchstbetrag die erforderlichen Pflegeeinsätze nicht finanzieren kann, stehen ihm ergänzend Leistungen nach §§ 61 ff. SGB XII zu, falls er die Einkommensgrenzen der §§ 85 ff. SGB XII und Vermögensgrenzen der §§ 90, 66a SGB XII nicht überschreitet. Die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII orientiert sich im Gegensatz zum Leistungsrecht der Pflegeversicherung am Bedarfsdeckungsprinzip (vgl. jurisPK-SGB XII/Mießing SGB XII § 61 Rn. 28). Die fortbestehende Leistungspflicht der Sozialhilfe beim Überschreiten der Leistungshöchstgrenzen der Pflegeversicherung ergibt sich auch aus § 13 Abs. 3 S. 2. Werden dagegen die Höchstgrenzen der häuslichen Pflegehilfe durch Inanspruchnahme von professionellen Pflegekräften nicht ausgeschöpft, so kann der Pflegebedürftige über § 38 anteiliges Pflegegeld beanspruchen, soweit er neben der Pflegesachleistung noch Hilfeleistungen durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen (Angehörige, Nachbarn etc) in Anspruch nimmt (vgl. → § 38 Rn. 2).

Der jeweilige Sachleistungsbetrag steht für das gesamte Leistungsspektrum 19 (→ Rn. 7 ff.) zur Verfügung. Der Pflegebedürftige kann bis zur Ausschöpfung dieses Höchstbetrags Pflegeeinsätze abrufen, wobei es ihm überlassen bleibt, in welchem Umfang er die Pflegekraft für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung einsetzt. Die frühere Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sein müssen (§ 124 Abs. 3 aF), hat das PSG II aufgegeben (BT-Drs. 18/5926, 120). Die **Aufteilung innerhalb des Leistungsspektrums** richtet sich nach den konkreten Erfordernissen in der Versorgungssituation des einzelnen Pflegebedürftigen und steht in dessen freier Wahl. Zur gemeinsamen Inanspruchnahme ambulanter Pflegesachleistungen durch mehrere Pflegebedürftige vgl. → Rn. 26 f.

VI. Örtlichkeit der Pflege (Abs. 4 S. 1)

Mit Abs. 4 S. 1 wird allein eine **Abgrenzung zur stationären Pflege** erreicht. 20 Ein Anspruch auf häusliche Pflege ist ausgeschlossen, wenn die Pflege in einer Einrichtung erbracht wird, als Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 iVm § 72 zugelassen ist. In diesem Fall kann ein Leistungsanspruch nach § 43 in Betracht kommen. Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden (Hs. 1). Ausgeschlossen sind sie nach Hs. 2 allein bei gleichzeitiger Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (iSv § 71 Abs. 2) sowie bei Pflege in einer Einrichtung iSv § 71 Abs. 4 (Krankenhaus, Reha- oder Behinderteneinrichtung). Was die Pflege zur „häuslichen“ macht, hatte § 36 ursprünglich in Abs. 1 S. 1 geregelt. Danach musste die Pflege im eigenen Haushalt des Pflegebedürftigen oder einem anderen Haushalt, in dem er aufgenommen war, durchgeführt werden. Diese Forderung hat der Gesetzgeber bereits mWv 25.6.1996

im 1. SGB XI-ÄndG aufgehoben und durch die negative Umschreibung der „Häuslichkeit“ der Pflege in Abs. 1 S. 2 ersetzt, die das PSG II zum 1.1.2017 nach Abs. 4 S. 1 überführt hat. Die Regelungsgeschichte verdeutlicht, dass die Vorschrift nur zur Abgrenzung von der stationären Pflege und der Pflege in einer Einrichtung nach § 71 Abs. 4 dient. Zu den aus der Verwendung des Begriffs „Haushalt“ in der ursprünglichen Fassung des Abs. 1 erwachsenen Schwierigkeiten vgl. Mrozynski SGB 1995, 104 (110). Die Örtlichkeit der von § 36 erfassten Pflege kann nicht mehr aus dem Begriff „häusliche“ Pflege abgeleitet werden. Mrozynski (SGB 1995, 104 (110)) weist zutreffend darauf hin, dass bereits die Begr. zur ursprünglichen Fassung des Gesetzes davon ausgegangen ist (BT-Drs. 12/5262, 112), dass „häusliche“ Pflege nicht dadurch ausgeschlossen wird, dass der Pflegebedürftige in einem Altenwohnheim, Altenheim, einer Einrichtung des betreuten Wohnens oder einer Wohneinrichtung für behinderte Menschen wohnt und dort Pflegeleistungen durch Pflegekräfte eines zugelassenen ambulanten Pflegedienstes oder durch vertraglich (nach § 77 Abs. 1) mit der Pflegekasse verbundene bzw. von ihr angestellte einzelne Pflegekräfte in Anspruch nimmt. Hieraus folgt, dass **nicht der Aufenthaltsort** des Pflegebedürftigen maßgebend ist, **sondern die Art der Durchführung** der Pflege. Wird die Pflege von einem (zugelassenen) ambulanten Pflegedienst oder einer einzelnen Pflegekraft iSv § 77 durchgeführt, so besteht ein Anspruch nach § 36 (BeckOGK/Weber Rn. 29). Der in Abs. 4 S. 1 Hs. 2 enthaltene **Ausschluss der häuslichen Pflege** bei Durchführung der Pflege **in einer Einrichtung** iSv § 71 Abs. 4 muss einschränkend in dem Sinne verstanden werden, dass er nur bei von der (nicht zugelassenen) Einrichtung dort selbst durchgeführten Pflege gilt, die pauschal bis 266 EUR monatlich vergütet wird (vgl. § 43a); nicht aber, wenn allein Pflege durch zugelassene geeignete Pflegekräfte iSv § 36 Abs. 4 S. 2 und 3 stattfindet (aA Schulin PV-HdB/Lachwitz Anh. § 9 vor A 394 [3]). Allerdings ermächtigt § 36 Abs. 4 S. 1 Hs. 2 die Einrichtung nicht dazu, sich ihren Pflichten bei der Erbringung der Sozialleistung zu entziehen, die nach ihrem Einrichtungszweck im Vordergrund steht. Schuldet die Einrichtung Pflege im Rahmen dieser Sozialleistung – wie etwa nach § 103 SGB IX im Rahmen der Eingliederungshilfe –, dann hat sie die Pflege auch zu erbringen (vgl. jurisPK-SGB XI/Wiegand Rn. 29; aA BeckOGK/Weber Rn. 31). Auf das Fehlen eines Haushalts kann jedenfalls nicht mehr abgestellt werden, denn die jetzige Fassung des Gesetzes enthält in Abs. 4 S. 1 die Voraussetzung der Pflege in einem Haushalt nicht mehr.

- 21 Die Abgrenzung von stationärer und häuslicher Pflege wird durch den Übergang der Gesetzgebungskompetenz für das **Heimordnungsrecht** auf die Länder zusätzlich erschwert, weil die Heimordnungsgesetze der Länder entsprechend ihrem Schutzzweck zumeist eine vom SGB XI abweichende Abgrenzung vornehmen. So werden im (Landes-)Heimrecht Wohneinrichtungen, die vertraglich neben dem bloßen Wohnen auch Serviceleistungen zur Verfügung stellen, teilweise den stationären Einrichtungen zugeordnet (vgl. LPK-SGB XI/Planzholz Rn. 20), ohne dass sie die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 erfüllen. Letzteres ist aber für die pflegeversicherungsrechtliche Zuordnung allein maßgebend. Nur wenn der Träger einer Wohneinrichtung vertraglich neben der Überlassung von Wohnraum eine Rund-um-die-Uhr-Pflege entsprechend dem jeweiligen Hilfebedarf unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft zusagt, handelt es sich um stationäre Pflege, die eine Inanspruchnahme von Leistungen bei häuslicher Pflege ausschließt. Die Abgrenzung hat vor allem im Hinblick auf die Absicht des Gesetzgebers, die Pflege in **Wohngruppen** zu fördern, die mit dem PflegeWEG (§ 36 Abs. 1 S. 5 aF) begann und im PNG (§ 38a) ausgebaut wurde, zunehmende Bedeutung. Wohngruppen setzen eine strukturelle Organisation voraus, deren Aufwendungen mit dem Zuschlag nach § 38a Rechnung getragen werden soll (vgl. BT-Drs. 17/9369, 40). Diese strukturelle Organisation darf aber nicht so weit wie bei stationären Einrichtungen gehen. Hilfreicher als der diesbezügliche Verweis in § 38a Abs. 1 S. 1 Nr. 4

auf die rahmenvertraglichen Regelungen über den Leistungsumfang vollstationärer Pflege erscheint der Ansatz des § 71 Abs. 4 in der ab 1.1.2020 geltenden Fassung. Da ab diesem Zeitpunkt das BTHG in der Eingliederungshilfe die Differenzierung zwischen ambulanten und stationären Leistungen aufgegeben hat, kann das SGB XI hierauf auch nicht mehr abstellen, sondern muss die Abgrenzung nach seinen eigenen Kriterien vornehmen (vgl. BT-Drs. 18/9518, 72). Dazu wird in § 71 Abs. 4 nicht nur der einer vollstationären Einrichtung entsprechende Versorgungsumfang etwas näher umschrieben (S. 1 Nr. 3), sondern vor allem der SpiV zu dessen weiterer Konkretisierung verpflichtet (S. 2), die dieser mit seinen Richtlinien nach § 71 Abs. 5 vom 11.11.2019 vorgenommen hat (vgl. → § 71 Rn. 22). Hierauf nimmt die Neufassung des § 36 Abs. 4 S. 1, die durch das PSG III zum 1.1.2020 erfolgte, Bezug, indem dort neben den Einrichtungen auch die **Räumlichkeiten iSv § 71 Abs. 4** (näher dazu → § 71 Rn. 18 ff.) erwähnt werden.

Wird die Pflege **nicht durchgängig von einer Einrichtung** iSv § 71 Abs. 4 **22** selbst erbracht, so besteht ein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe (soweit es die Leistungshöchstgrenzen zulassen) für die Zeit, in der der Pflegebedürftige nicht in der Einrichtung, sondern (etwa am Wochenende oder während der Ferien) bei seiner Familie, bei Angehörigen, Freunden etc. gepflegt wird, obgleich das Gesetz diesen Fall – anders als das anteilige Pflegegeld für zu Hause verbrachte Tage (§ 38 S. 5) – nicht ausdrücklich regelt (vgl. hierzu → § 38 Rn. 8). Dabei haben – wie beim Pflegegeld (vgl. § 43a S. 3) – die Tage der An- und Abreise als Tage der häuslichen Pflege zu gelten.

VII. Geeignete Pflegekräfte (Abs. 4 S. 2 und 3)

Abs. 4 S. 2 und 3 legen fest, durch wen häusliche Pflegehilfe erbracht werden **23** kann. Entsprechend dem für die häusliche Pflegehilfe geltenden Naturalleistungsprinzip müssen die Pflegekassen rechtliche Beziehungen mit den Personen eingehen, die die Leistungen tatsächlich erbringen (vgl. → Rn. 5). Berechtigt zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sind allein geeignete Pflegekräfte iSv Abs. 4 S. 2 und 3, die aufgrund eines **Versorgungsvertrages** (§§ 72, 73), **Einzelvertrages** (§ 77 Abs. 1) oder **Arbeitsvertrages** (§ 77 Abs. 2) für die Pflegekassen pflegerisch tätig werden. Bei Pflegekräften ambulanter Pflegeeinrichtungen (§ 71 Abs. 1) verlangt Abs. 4 S. 2 über den Versorgungsvertrag zwischen Pflegekassen und Pflegedienst hinaus eine **Anstellung der Pflegekraft** beim Pflegedienst. Daraus hat das BSG geschlossen, dass ein Pflegedienst Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nicht durch Personen erbringen darf, die außerhalb eines Beschäftigungsverhältnisses tätig sind (BSG 17.3.2015 – B 3 P 1/15, NZS 2015, 508 Rn. 10). Der dagegen erhobenen Kritik (Weber/Philipp NZS 2016, 931 ff.) ist zuzugeben, dass nicht immer ein Beschäftigungsverhältnis Voraussetzung sein kann, weil Pflegekräfte, die Inhaber eines Pflegedienstes sind, für ihren Pflegedienst Leistungen erbringen dürfen müssen, obwohl sie nicht Beschäftigte, sondern Arbeitgeber sind. Unabdingbar ist aber eine derartige Einbindung der Pflegekraft in die Strukturen des Pflegedienstes, dass dieser jederzeit maßgeblichen Einfluss auf das tatsächliche Leistungsgeschehen nehmen kann. Dies wird beim Einsatz ehrenamtlicher Pflegekräfte durch den Pflegedienst eher der Fall sein als beim Einsatz selbständiger Pflegekräfte. Ohnehin scheidet nach der neueren Rspr. des BSG bei Pflegekräften in Pflegeeinrichtungen eine selbständige Tätigkeit in aller Regel aus, weil die regulatorischen Rahmenbedingungen eine Eingliederung in den organisatorischen Rahmen und die Arbeitsabläufe der gesamtverantwortlichen Pflegeeinrichtung erfordern (BSG 7.6.2019 – B 12 R 6/18 R, BSGE 128, 205 = BeckRS 2019, 12884 zu Pflegeheimen; BSG 19.10.2021 – B 12 R 17/19 R, SozR 4–2400 § 7 Nr. 63 = BeckRS 2021, 39899 zu Pflegediensten).

- 23a** Der Einsatz von Pflegekräften im Wege des **Arbeitgebermodells**, also im Wege der Beschäftigung der Pflegekraft durch den Pflegebedürftigen selbst, ist über § 36 nicht möglich. Nach § 77 Abs. 1 S. 3 und 4 dürfen Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis mehr begründen. Damit korrespondierend bestimmt § 36 Abs. 4 S. 2 und 3, dass Pflegesachleistungen nur durch solche Pflegekräfte erbracht und damit von der Pflegekasse vergütet werden, mit denen die Pflegekasse in einem (unmittelbaren oder mittelbaren) Vertragsverhältnis stehen. Will der Pflegebedürftige mit von ihm selbst gewählten Pflegekräften einen Vertrag schließen, ist er von Pflegesachleistungen nach § 36 ausgeschlossen und kann an deren Stelle nur Pflegegeld nach § 37 in Anspruch nehmen. Hiervon geht auch § 34 Abs. 2 S. 2 Hs. 2 aus. In weiterem Umfang ist das Arbeitgebermodell dagegen im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII realisierbar (vgl. § 63b Abs. 6 SGB XII sowie zu dessen Vorgängervorschrift: BSG 28.2.2013 B 8 SO 1/12 R., BSGE 113, 92 Rn. 15 f. = BeckRS 2013, 69210).
- 24** Dass nach Abs. 4 S. 2 häusliche Pflegehilfe nur durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden darf, hat keinen weitergehenden Regelungsgehalt. Die **Eignung** ist beim Abschluss der Verträge zu prüfen, die Grundlage für die Tätigkeit der jeweiligen Pflegekraft sind: der Versorgungsverträge nach §§ 72, 73, der Einzelverträge nach § 77 Abs. 1 und der Arbeitsverträge nach § 77 Abs. 2. Die Eignung ist aber keine eigenständige Voraussetzung in dem Sinne, dass Personen bei entsprechender Qualifikation auch ohne einen der von Abs. 4 S. 2 und 3 vorausgesetzten Verträge Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zulasten der Pflegekasse erbringen dürften (Krauskopf/Linke Rn. 18). Die Eignung ist auch keine zusätzliche Voraussetzung mit der Folge, dass diese Leistungen nur durch Pflegefachkräfte (vgl. § 71 Abs. 3) erbracht werden dürften (NK-GesundhR./Renn Rn. 8).
- 25** Die häusliche Pflegehilfe wird durch Pflegekräfte erbracht, die von der Pflegekasse zur Verfügung gestellt werden. Den Wünschen des Pflegebedürftigen muss die Pflegekasse nachkommen, wenn der Pflegebedürftige Pflegekräfte benennt, die entweder von der Pflegekasse (§ 77 Abs. 2) oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat (§ 72 Abs. 1) angestellt sind (Abs. 4 S. 2). Der Gesetzgeber hat die **Auswahlfreiheit** des Pflegebedürftigen durch die Änderung des § 77 Abs. 1 im PflegeWEG zusätzlich gestärkt; soweit dessen Voraussetzungen vorliegen, kann auch eine Einzelperson als Pflegekraft ausgewählt werden, wobei das Ermessen der Pflegekasse beim Abschluss von Verträgen mit einzelnen Pflegekräften eingeschränkt ist, wenn Wirtschaftlichkeitsaspekte nicht entgegenstehen. Der Pflegebedürftige kann hierdurch den im Vergleich zum Pflegegeld höheren Leistungsrahmen nach § 36 Abs. 3 ausschöpfen. Zu den Voraussetzungen, unter denen die Pflegekassen mit einer Einzelpflegekraft einen Vertrag abzuschließen hat vgl. → § 77 Rn. 4 ff.

VIII. Poolen von Leistungsansprüchen (Abs. 4 S. 4)

- 26** Die gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen (sog. Poolen), die seit dem PSG II in Abs. 4 S. 4 geregelt ist, war durch das PflegeWEG in Abs. 1 S. 5 eingeführt worden. Dabei bestand eine **Besonderheit** des Poolens **ursprünglich** darin, dass in die gemeinsame Inanspruchnahme auch **Betreuungsleistungen einbezogen** werden konnten. Damit hatte der Gesetzgeber die bis dahin starre Systematik des Leistungsrechts geöffnet, wonach in der häuslichen Pflege als Sachleistungen nur die Hilfeleistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung in Betracht kamen, zu denen allgemeine, nicht verrichtungsbezogene Betreuungsleistungen gerade nicht zählten. Diese Besonderheit ist mit der Einbeziehung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen in die Kernleistungen der Pflegeversicherung durch das

PSG II obsolet geworden. Zu der häuslichen Pflegehilfe, die nach Abs. 4 S. 4 von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam in Anspruch genommen werden kann, gehört das **gesamte Spektrum der** in Abs. 1 S. 1 aufgeführten **Pflegesachleistungen**, also körperbezogene Pflegemaßnahmen und Hilfen bei Haushaltsführung ebenso wie pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Allerdings ist bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen eine gemeinsame Inanspruchnahme nur schwer vorstellbar (LPK-SGB XI/Planholz Rn. 23).

Die **gemeinsame Inanspruchnahme** von ambulanten Pflegesachleistungen durch mehrere Leistungsberechtigte soll es diesen ermöglichen, sich dadurch Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und die entstehenden Synergieeffekte in ihrem eigenen Interesse für weitere Pflegeleistungen zu nutzen (BT-Drs. 16/7439, 54). Der Gesetzgeber wollte hierdurch vor allem die pflegerische Betreuung innerhalb neuer Wohnformen (betreutes Wohnen, Alten-WG und Ähnliches) fördern (BT-Drs. 16/7439, 38); die neue Leistungsform ist jedoch nicht auf Leistungsberechtigte beschränkt, die innerhalb derartiger neuer Wohnformen leben. Das mit der Regelung über das Poolen verfolgte Ziel wurde ergänzt durch eine Lockerung der ursprünglich strengen Voraussetzungen beim Abschluss von Verträgen mit Einzelpflegekräften nach § 77 (Art. 1 Nr. 44 PflegeWEG, vgl. BT-Drs. 16/7439, 38, 69 f.). Das Poolen von Leistungsansprüchen führt **nicht** zu einer **Vermehrung der Individualansprüche**. Die durch eine gemeinsame Versorgung mehrerer Pflegebedürftiger entstehenden Synergieeffekte können nur über Vereinbarungen entweder mit Einzelpflegekräften nach § 77 Abs. 1 S. 2 oder mit ambulanten Pflegediensten nach § 89 Abs. 3 S. 2 nutzbar gemacht werden, in denen die zu erbringenden Leistungen und die Vergütung im Einzelnen festgelegt werden. Griep (SRa 2009, 17 (20)) geht zu Recht davon aus, dass die Synergieeffekte, die in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 16/7439, 54) aufgeführt werden, schon nach bestehender Vertragspraxis zwischen Pflegediensten und Pflegekassen erfasst und bei der Ausgestaltung des Leistungsumfangs berücksichtigt werden. Den von einer derartigen Vereinbarung begünstigten Leistungsberechtigten stehen die gepoolten Leistungen nur gemeinschaftlich zu; es handelt sich insoweit um eine Bruchteilsgemeinschaft iSv § 741 BGB. Die durch die gemeinsame Inanspruchnahme anfallenden Mehrleistungen entfallen zu gleichen Teilen auf die am Pool beteiligten Pflegebedürftigen (vgl. § 742 BGB). Der einzelne Pflegebedürftige ist allerdings – auch innerhalb einer Wohngemeinschaft – in seiner Entscheidung frei, ob er sich an einem Pool beteiligt oder nicht. Die Koordinierung von Pool-Lösungen sowie die Gestaltung entsprechender Verträge mit Leistungserbringern ist Aufgabe der Pflegestützpunkte (§ 7c Abs. 2 S. 1 Nr. 3).

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

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

1. 332 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 573 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 765 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 947 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

(2) ¹Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. ²Die Hälfte des bisher bezogenen Pflege-

geldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. ³Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. ⁴§ 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

(3) ¹Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben in folgenden Intervallen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen:

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

²Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. ³Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. ⁴Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. ⁵Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. ⁶Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

(3a) ¹Die Beratung nach Absatz 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. ²Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.

(3b) Die Beratung nach Absatz 3 kann durchgeführt werden durch

1. einen zugelassenen Pflegedienst,
2. eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder
3. eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft, sofern die Durchführung der Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann.

(3c) ¹Die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger. ²Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. ³Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. ⁴Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach den Sätzen 2 und 4 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. ⁵Die

Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Allgemeines	3
IV. Verhältnis zu anderen Leistungen	5
1. Leistungen der Pflegeversicherung	5
2. Pflegeleistungen nach anderen Gesetzen	6
V. Voraussetzungen des Pflegegeldes (Abs. 1)	7
VI. Höhe des Pflegegeldes (Abs. 1 S. 3)	9
VII. Kürzung des Pflegegeldes (Abs. 2)	10
VIII. Abruf professioneller Pflegeberatung (Abs. 3–9)	12
1. Pflicht und Recht zum Abruf von Beratungseinsätzen (Abs. 3 S. 1–3)	14
2. Durchführung und Dokumentation der Beratungsbesuche (Abs. 3, 4 und 5a)	16
3. Beratungsstellen und -personen (Abs. 3b, Abs. 7–9)	20
4. Vergütung der Beratungseinsätze (Abs. 3c)	26
5. Qualitätssicherung der Beratungsbesuche (Abs. 5)	29
6. Sanktionen bei unterbliebener Beratung (Abs. 6)	31

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.4.1995 durch Art. 1 **PflegeVG** eingeführt worden (vgl. BT-Drs. 12/5262, 112 f.; BT-Drs. 12/5952, 39; BT-Drs. 12/7323, 3). Durch das **1. SGB XI-ÄndG** wurden mWv 25.6.1996 in Abs. 1 S. 2 die Wörter „durch eine Pflegeperson“ gestrichen und in Abs. 3 die Regelung über die „Pflegeeinsätze“ (jetzt: „Beratungen“) ausgebaut. Das **4. SGB XI-ÄndG** führte mWv 1.8.1999 durch den an Abs. 2 angefügten S. 2 die Fortleistung von Pflegegeld im Sterbemonat ein (zur Begr. s. BT-Drs. 14/407) und änderte in Abs. 3 den S. 3. Das Achte Euro-Einführungsgesetz vom 23.10.2001 (BGBl. I 2702) stellte zum 1.1.2002 die Leistungssätze in Abs. 1 und die Entgelte für Pflegeeinsätze in Abs. 3 auf EUR-Beträge um. Durch Art. 1 Nr. 2 **PfIEG** wurde mWv 1.1.2002 Abs. 3 völlig neu gefasst (ua wurde statt „Pflegeeinsatz“ der Begriff „Beratung“ eingeführt); zugleich wurden die Abs. 4–7 angefügt. Art. 8 Nr. 9 GKV-WSG vom 26.3.2007 (BGBl. I 378) passte Abs. 4 und 5 mWv 1.4.2007 sprachlich an die

neue Organisationsstruktur der GKV an. Durch Art. 1 Nr. 18 **PflegeWEG** wurden mWv 1.7.2008 in Abs. 1 S. 3 die Beträge des Pflegegeldes und in Abs. 3 Satz 4 die Vergütung für die Beratung erhöht, in Abs. 2 der S. 3 angefügt, in Abs. 3 S. 1 der Kreis der Beratungsinstitutionen und in Abs. 3 mit den neuen S. 6 und 7 der Kreis der Beratungsberechtigten erweitert; infolge der Erweiterung des Kreises der Beratungsinstitutionen wurden in Abs. 4 die S. 1 und 3 geändert und Abs. 5 S. 2 sowie die Abs. 7 und 8 angefügt. Art. 1 Nr. 11 **PfNG** ermöglichte mWv 30.10.2012 durch den in Abs. 2 eingefügten S. 2 die Fortgewährung von Pflegegeld während Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Im **PSG I** wurden die Leistungsbeträge in Abs. 1 S. 3 erhöht und die Vergütung für die Beratung (Abs. 3 S. 4) angepasst. Das **PSG II** änderte die Vorschrift zweimal: Bereits mWv 1.1.2016 wurde in Abs. 2 S. 2 die Dauer der Pflegegeldfortzahlung während Kurzzeit- und Verhinderungspflege verlängert (Art. 1 Nr. 18 **PSG II**). Zum 1.1.2017 wurden Abs. 1 S. 2 an neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst, Abs. 1 und 3 auf Pflegegrade umgestellt, in Abs. 1 S. 3 die Beträge des Pflegegeldes und in Abs. 3 S. 4 die Vergütung für die Beratung erhöht sowie in den Abs. 3 S. 4–7, Abs. 5 S. 1 und 2, Abs. 7 S. 4 die Regelung zu den Beratungsbesuchen weiterentwickelt, insbesondere wurden auch Bezieher ambulanter Pflegeschleisungen zum Abruf von Beratungseinsätzen berechtigt und das Zustandekommen der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche neu strukturiert (Art. 2 Nr. 18 **PSG II**). Schon zum 1.1.2017 erfolgten erneute Änderungen durch Art. 1 Nr. 10 **PSG III**: Mit dem in Abs. 3 eingefügten S. 3 wurde eine Hinweispflicht auf andere Beratungsangebote eingeführt und in dem neu gefassten Abs. 8 wurde den Kommunen die Möglichkeit eingeräumt, Beratungseinsätze nach Abs. 3 zu erbringen. Das **PpSG** behielt ab 1.1.2019 in Abs. 3 S. 1 die Durchführung der Beratungseinsätze in erster Linie den zugelassenen Pflegediensten vor, setzte in Abs. 3 S. 5–8 an die Stelle der gesetzlichen Festlegung eine vertragliche Vereinbarung der Vergütung für die Beratungsbesuche und führte in Abs. 4 S. 3 und 4 das Angebot einer weitergehenden Beratung nach § 7a ein; ferner wurden in Abs. 5 S. 2 Mindestinhalte für die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche formuliert und in Abs. 5a der Spiv zum Erlass von Richtlinien zur Bewertung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen ermächtigt. Das **TSVG** schloss mWv 11.5.2019 in Abs. 9 Betreuungsdienste iSd § 71 Abs. 1a von der Durchführung von Beratungsbesuchen aus. Das **Pflegebonusgesetz** untergliederte zum 1.7.2022 den bisherigen, sehr umfangreich gewordenen Abs. 3 ohne sachliche Änderung in die Abs. 3–3c; zugleich wurde die aufgrund der COVID-19-Pandemie seit 1.10.2020 in § 148 vorgesehene Möglichkeit, Beratungseinsätze per Videokonferenz durchzuführen, in Abs. 3 S. 4–6 übernommen – allerdings nur befristet für die Zeit vom 1.7.2022 bis 30.6.2024. Durch das **PUEG** wurden mWv 1.1.2024 in Abs. 1 S. 2 die Leistungssätze erhöht (Art. 2 Nr. 5 **PUEG**) und wird mWv 1.7.2025 die Regelung in Abs. 2 S. 2 an die Verlängerung der Fortgewährung von Verhinderungspflege (von sechs auf acht Wochen) angepasst.

II. Normzweck

Das Pflegegeld ist eine Leistung der Pflegeversicherung bei ambulanter Pflege und konkurriert deshalb mit der Pflegeschleisung nach § 36. Es kann nur an dessen Stelle beansprucht werden. Zusätzlich zur Pflegeschleisung wird es (anteilig) nur dann gewährt, wenn deren Höchstgrenzen (§ 36 Abs. 3) nicht ausgeschöpft werden (§ 38). Das Pflegegeld soll den Pflegebedürftigen in die Lage versetzen, die notwendigen **Hilfeleistungen** durch **selbst** beschaffte Pflegepersonen **zu organisieren**. Der Gesetzgeber geht **jedoch** davon aus, dass es aufgrund seiner Höhe **nicht** geeig-

net ist, **alle Kosten** für erforderliche Hilfen abzudecken. Es soll den Pflegebedürftigen in den Stand versetzen, Angehörigen und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die im häuslichen Bereich sichergestellte Pflege zukommen zu lassen und damit einen Anreiz zur Erhaltung der Pflegebereitschaft der Angehörigen, Freunde oder Nachbarn zu bieten (BT-Drs. 12/5262, 112 zu § 33). Die **Höhe des Pflegegeldes** ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit (§ 15 Abs. 1). Maßgebend ist der Pflegegrad, dem der Pflegebedürftige zugeordnet ist. Das Pflegegeld erreicht bei allen Pflegegraden weniger als die Hälfte der von der Pflegekasse zu übernehmenden Kosten der Pflegesachleistung bzw. der stationären Pflege. Dennoch sind verfassungsrechtliche Bedenken (vgl. SchulIn NZS 1994, 441) unbegründet (vgl. BVerfG 26.3.2014 – 1 BvR 1133/12, NZS 2014, 414; Udsching jurisPR-SozR 24/2013 Anm. 2). Zu bedenken ist, dass das Pflegegeld steuerfrei gestellt ist (§ 3 Nr. 1 Buchst. a, Nr. 36 EStG) und bei einkommensabhängigen Sozialleistungen unberücksichtigt bleibt (§ 13 Abs. 5). Dem Pflegebedürftigen kommt auch die Beitragspflicht der Pflegekasse für nicht erwerbsmäßige Pflegekräfte zur GRV (§ 44), deren Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII) sowie im Rahmen der Pflegezeit nach § 44a auch in der Krankenversicherung zugute. Das höhere Entgelt für Pflegesachleistungen umschließt auch diese Kosten.

III. Allgemeines

- 3 Voraussetzung für die Gewährung von Pflegegeld ist seit 1.1.2017 Pflegebedürftigkeit zumindest des Pflegegrades 2 (Abs. 1 S. 1). Das Pflegegeld ist eine Geldleistung iSv § 11 SGB I; der Anspruch auf Pflegegeld kann daher unter den Voraussetzungen der §§ 58, 59 SGB I vererbt werden (vgl. BSG 6.2.1997 – 3 RK 8/96, SozR 3–2500 § 57 Nr. 6 = SGB 1998, 77 mAnm Mrozynski = BeckRS 1997, 40932; zum Charakter des Pflegegeldes allg. Krasney SGB 1996, 253 (254)). Zur Exportfähigkeit des Pflegegeldes an Vers, die sich in anderen Mitgliedsstaaten der EU aufhalten vgl. → § 34 Rn. 5; zur Berücksichtigung als Einkommen → § 13 Rn. 25 ff. Das Pflegegeld ist **kein Entgelt der Pflegeperson**. **Leistungsberechtigt** ist nur der Pflegebedürftige selbst, nicht die Pflegeperson, etwa der pflegende Angehörige oder Bekannte. Über die **Verwendung des Pflegegeldes** durch den Pflegebedürftigen trifft das Gesetz keine Bestimmung; der Pflegebedürftige braucht hierüber keinen Nachweis zu führen. Der Pflegebedürftige entscheidet frei, zu welchen Zwecken er es einsetzt. Er kann es an Angehörige, Nachbarn oder Freunde, die ihn pflegen oder an andere ehrenamtliche Pflegeperson weiterleiten oder damit auch selbst beschaffte erwerbsmäßige Pflegekräfte entlohnen. Die **Fälligkeit des Pflegegeldes** ist nicht geregelt. Das BSG hat zum Pflegegeld nach § 57 SGB V entschieden, dass das Pflegegeld im Regelfall als laufende Geldleistung gewährt und am Anfang des Monats fällig wird (BSG 25.10.1994 – 3/1 RK 51/93, SozR 3–2500 § 57 Nr. 4 = BeckRS 1995, 40072); dies bedeutet zugleich, dass die für Verwaltungsakte mit Dauerwirkung geltenden Vorschriften anzuwenden sind (BeckOGK/Leitherer Rn. 5). Liegt Pflegebedürftigkeit vor, so steht es **nicht im Ermessen** der Pflegekasse, ob sie Pflegesachleistungen nach § 36 oder Pflegegeld gewährt; vgl. jedoch → Rn. 7 für den Fall, dass der Pflegebedürftige die Pflege durch selbst beschaffte Pflegepersonen nicht sicherstellen kann. Der **Beginn der Pflegegeldzahlung** richtet sich nach § 33 Abs. 1. Im Rahmen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs kann Pflegegeld aber auch vor Beginn des Antragsmonats zu zahlen sein, wenn die erforderliche Pflege in dieser Zeit in geeigneter Weise sichergestellt war (BSG 17.6.2021 – B 3 P 5/19 R, BSGE 132, 216 Rn. 30 = BeckRS 2021, 28839).
- 4 Als **problematisch** hat sich beim Pflegegeld von Anfang an die **Sicherstellung der Qualität der Pflege** erwiesen. Sie wird von den pflegenden Angehörigen

festgelegt, ohne dass diese als Leistungsvoraussetzung ihre fachliche Eignung nachweisen müssen. Die Gewährung von Pflegegeld hängt insoweit allein davon ab, dass der MD bzw. ein anderer beauftragter Gutachter im Rahmen seiner Stellungnahme über die Begutachtung des Antragstellers in seiner Häuslichkeit bestätigt, dass „die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist“ (so § 18 Abs. 6 S. 4). Der Gesetzgeber versuchte, die dauerhafte Sicherstellung einer Mindestqualität durch Kontrollen zu erreichen, die aber nicht von den Pflegekassen und dem von ihnen einzuschaltenden MD durchgeführt werden sollten, sondern von professionellen Pflegediensten, was regelmäßig mit Interessenkonflikten verbunden war. Bereits mit dem PflegeG wurde der Kontrollaspekt der professionellen Überprüfung zurückgenommen, indem der Begriff „Pflegeeinsatz“, der in der Praxis den Kontrollaspekt noch verstärkend als „Pflegepflichteseinsatz“ bezeichnet wurde, durch „Beratung ... durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung“ ersetzt wurde. Hierdurch sollte der Charakter der Maßnahme als Unterstützung und Hilfeleistung für die pflegenden Angehörigen betont und die Akzeptanz bei den Betroffenen gesteigert werden. Dennoch ist die grundlegende Kritik an der fachlichen Unzulänglichkeit der mit dem Pflegegeld „finanzierten“ Laienpflege unverändert (vgl. Schütte NDV 2007, 211 mwN). Seit dem PflegeWEG hat der Gesetzgeber vor allem den Kreis der kontrollierenden bzw. beratenden Einrichtungen und Personen geändert, vgl. hierzu → Rn. 20.

IV. Verhältnis zu anderen Leistungen

1. Leistungen der Pflegeversicherung

Bei häuslicher Pflege kommt Pflegegeld neben **Pflegesachleistung** nach § 36 nur 5 in Betracht, wenn und soweit der Pflegebedürftige durch den Abruf professioneller Pflegeeinsätze die Höchstgrenzen des § 36 Abs. 3 nicht ausschöpft; Einzelheiten werden in § 38 geregelt. Bei Verhinderung der die Pflege sonst sicherstellenden ehrenamtlichen Pflegeperson wird Pflegegeld neben **Verhinderungspflege** nach § 39 in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgezahlt (Abs. 2 S. 2), ab 1.7.2025 für bis zu acht Wochen (Abs. 2 S. 2 idF von Art. 2a Nr. 6 PUEG). Dasselbe gilt während einer **Kurzzeitpflege** (§ 42) von bis zu acht Wochen. Leistungen der **teilstationären Pflege** lassen nach § 41 Abs. 3 idF des PSG I ebenfalls die Gewährung von Pflegegeld zu, vgl. → § 41 Rn. 6. Bezieht der Pflegebedürftige in einem zugelassenen Pflegeheim Leistungen der **vollstationären Pflege** (§ 43), so kommt daneben an sich die Gewährung von Pflegegeld nicht in Betracht, da das Pflegeheim mit der Aufnahme des Pflegebedürftigen die Verantwortung für dessen gesamte pflegerische Versorgung übernimmt. Der SpiV der Pflegekassen macht von diesem Grundsatz dann eine Ausnahme, wenn die Pflege während bestimmter Zeiträume (etwa am Wochenende) regelmäßig zu Hause und nicht im Pflegeheim durchgeführt wird (Rundschreiben § 43 Ziff. 3). Ein anteiliges Pflegegeld kommt in diesen Fällen jedoch nur dann in Betracht, wenn die Aufwendungen für die stationären Pflegeleistungen die in § 36 Abs. 3 vorgesehenen Sachleistungshöchstwerte unterschreiten. Ist der Pflegebedürftige in einer **Einrichtung der Behindertenhilfe** untergebracht (vgl. § 43a) und wird daneben, am Wochenende oder in den Ferien, im häuslichen Bereich von Angehörigen (oder anderen ehrenamtlichen Pflegepersonen) gepflegt, so steht ihm insoweit anteiliges Pflegegeld zu (vgl. BSG 29.4.1999 – B 3 P 11/98 R, RdLH 1999, 121 = BeckRS 1999, 30057626). Der Pflegegeldanspruch besteht pro rata temporis ohne Anrechnung des Pauschbetrages nach § 43a (§ 38 S. 5, durch den die Praxis der Pflegekassen, die von einer Anrechnung ausging, revidiert worden ist). Besucht der Pflegebedürftige eine teilstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe (zB Werkstatt für behinderte Menschen), in der er auch gepflegt wird, befindet er sich ansonsten

aber in häuslicher Pflege, so steht ihm volles Pflegegeld zu (vgl. Schulin PV-HdB/Lachwitz § 7 Rn. 417 ff.).

2. Pflegeleistungen nach anderen Gesetzen

- 6 Das Verhältnis des Pflegegeldes zu vor- oder nachrangigen Pflegeleistungen richtet sich grundsätzlich nach § 13, der in Teilbereichen durch die Ruhensregelungen in § 34 konkretisiert wird. Während eines stationären **Krankenhausaufenthaltes** bzw. einer stationären **medizinischen Reha-Maßnahme** kommen Leistungen der häuslichen Pflege an sich nicht in Betracht, weil der Pflegebedürftige auch die erforderlichen Pflegeleistungen auf Kosten des Krankenversicherungsträgers erhält. Für die ersten vier Wochen des stationären Aufenthaltes bleibt der Anspruch auf Pflegegeld jedoch nach § 34 Abs. 2 S. 2 erhalten, um die Pflegebereitschaft der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen im häuslichen Bereich zu erhalten (BT-Drs. 13/3696, 12). Dies setzt jedoch voraus, dass der Anspruch auf Pflegegeld bereits vor Beginn des stationären Aufenthaltes bestand (SchlHLSG 1.3.2013 – L 10 P 5/12, BeckRS 2013, 71840). Zur Berechnung des Zeitraums von vier Wochen, wenn Krankenhaus- und Reha-Maßnahme nacheinander durchgeführt werden vgl. Rundschreiben des SpiV § 37 Ziff. 2.2.2. Zur entsprechenden Anwendung dieser Regelung auf die Krankenhausbehandlung ersetzende häusliche Krankenpflege vgl. → § 34 Rn. 20.

V. Voraussetzungen des Pflegegeldes (Abs. 1)

- 7 Das Pflegegeld kann „**anstelle**“ der häuslichen Pflegehilfe beantragt werden. Dies setzt voraus, dass es sich – wie nach § 36 – um häusliche Pflege handelt (vgl. hierzu → § 36 Rn. 3 f., → § 36 Rn. 6 ff., → § 36 Rn. 20 ff.). Wesentliche Anspruchsvoraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige die seinem Pflegegrad entsprechend erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung (näher zu diesen Begriffen → § 36 Rn. 7 ff.) in geeigneter Weise **selbst sicherstellt** (Abs. 1 S. 2). Dies sollte durch die Streichung des in der ursprünglichen Fassung von Abs. 1 S. 2 verwendeten Begriffs „Pflegeperson“ (im 1. SGB XI-ÄndG) klargestellt werden. Unmaßgeblich ist dagegen, ob er hierfür auf ehrenamtliche Pflegepersonen iSv § 19 (Familienangehörige, Nachbarn etc) zurückgreift oder ob er selbst beschaffte erwerbsmäßige Pflegekräfte heranzieht. Er kann das Pflegegeld auch dazu verwenden, das Arbeitsentgelt für eine von ihm angestellte Pflegekraft zu finanzieren (sog. Arbeitgebermodell, näher dazu → § 36 Rn. 23a).
- 8 Eine **Sicherstellung der erforderlichen Pflege** ist dann, wenn nur eine Pflegeperson in Anspruch genommen wird, nicht gewährleistet, wenn diese wegen anderer zeitlicher Bindungen (etwa durch eine Erwerbstätigkeit) bei den im Tagesablauf anfallenden, der Hilfe bedürftigen Verrichtungen nicht anwesend sein kann. Auch wenn mehrere Pflegepersonen in Anspruch genommen werden, ist die erforderliche Pflege nicht sichergestellt, wenn die Hilfeleistungen nur mehr oder weniger zufällig erbracht werden, weil die Pflegepersonen nur gelegentlich und ohne **Bindung an einen mit dem Pflegebedürftigen abgestimmten Zeitplan** zur Verfügung stehen. Ist die Sicherstellung der erforderlichen Pflege nicht gewährleistet, so besteht ein Anspruch auf Pflegegeld auch dann nicht, wenn das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit festgestellt ist. Die Einschränkung in Abs. 1 S. 2, wonach der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld (nur) „dessen **Umfang entsprechend**“ die Pflege selbst sicher zu stellen habe, stellt allein auf den abgestuften Umfang des Pflegebedarfs ab, wie er sich aus § 15 ergibt. Sie bedeutet nicht, dass sich die Pflege auf die Leistungen beschränken kann, die der Pflegebedürftige konkret aus dem Pflegegeld finanzieren

kann, auch wenn dieses keine ausreichende Versorgung sicherstellt (s. auch BSG 17.12.2009 – B 3 P 5/08 R, SozR 4–3300 § 37 Nr. 3 Rn. 15 = BeckRS 2010, 68767; aA BeckOGK/Leitherer Rn. 26 f.). Die Pflegekasse muss den Pflegebedürftigen auf die Möglichkeit hinweisen, andere Pflegeleistungen (häusliche Pflegehilfe oder stationäre Pflege) in Anspruch nehmen zu können. Reichen die finanziellen Mittel des Pflegebedürftigen nicht aus, um mit geeigneten Pflegeleistungen eine ausreichende Pflege sicher zu stellen, so muss er ggf. aufstockende Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII in Anspruch nehmen. Die Sicherstellung der erforderlichen Pflege ist **vom MD** oder einem **anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter zu ermitteln** (vgl. → § 18a Rn. 8).

VI. Höhe des Pflegegeldes (Abs. 1 S. 3)

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom **Grad der Pflegebedürftigkeit**. 9 Hieran hat sich durch die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade zum 1.1.2017 nichts geändert. Dabei sind in Abs. 1 S. 3 Nr. 13 an die Stelle der Pflegestufen I bis III die Pflegegrade 2–4 getreten. Ohne Vorbild ist die Nr. 4, da der Pflegegrad 5 bei anderen pflegestufenabhängigen Leistungen (§§ 36, 43) die Härtefälle ersetzt, für die aber § 37 bis zum 31.12.2016 keine Erhöhung des Pflegegeldes vorsah. Die in Abs. 1 S. 3 aufgeführten **Beträge** waren erstmals vom PflegeWEG ab 1.7.2008 zeitlich gestaffelt angehoben und durch das PSG I zum 1.1.2015 weiter erhöht worden; für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz waren sie seit dem PNG nicht mehr aktuell, da sie für diese Pflegebedürftigen um die in § 123 Abs. 3 und 4 aF aufgeführten Beträge aufgestockt wurden. Bei der Festlegung der Höhe des Pflegegeldes ab 1.1.2017 hat sich das PSG II an den bisherigen Leistungsbeträgen einschließlich der mit dem PNG eingeführten Vorziehleistungen orientiert (BT-Drs. 18/5926, 62). Während die Beträge der Pflegesachleistungen durch das GVWG zum 1.1.2022 angehoben wurden, erfolgte eine Erhöhung des Pflegegeldes erst zum 1.1.2024 durch das PUEG. Dass das Pflegegeld auch danach in allen Pflegegraden weniger als die Hälfte der Pflegesachleistung erreicht, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (näher dazu → Rn. 2).

Die für die Pflegegrade festgesetzten Beträge sind keine Höchst-, sondern **Festbe-** 9a **träge**, die allein von der Zuordnung zu einem Pflegegrad und nicht vom konkreten Bedarf abhängen. Eine Erhöhung des Pflegegeldes oder zusätzliche Geldleistungen der Pflegekasse für die häusliche Pflege des Pflegebedürftigen kommen daher auch dann nicht in Betracht, wenn ein zusätzlicher Bedarf eintritt; etwa wenn der Pflegebedürftige nicht mehr in der Lage ist, hauswirtschaftliche Verrichtungen zu leisten. Das Pflegegeld dient auch zur Abdeckung von Kosten für die Hilfe bei der Haushaltsführung (BSG 5.3.2008 – B 3 P 7/08 B, BeckRS 2008, 51908). In **voller Höhe** kann das Pflegegeld nur in den Kalendermonaten beansprucht werden, in denen die Anspruchsvoraussetzungen von Beginn an durchgehend vorgelegen haben und keine Kürzungstatbestände iSv Abs. 2 eingetreten sind. Andernfalls kann die Pflegekasse Erstattung der überzahlten Beträge verlangen. Zur Fälligkeit vgl. → Rn. 3.

VII. Kürzung des Pflegegeldes (Abs. 2)

Die Kürzungsregelung in Abs. 2 lässt sich verwaltungsmäßig nur unter Schwierig- 10 keiten umsetzen. Unproblematisch ist sie nur insoweit, als sie die Höhe des Anspruchs auf Pflegegeld in dem Kalendermonat, in dem Pflegebedürftigkeit (erstmalig) **eintritt** oder (endgültig) **entfällt**, pro rata temporis begrenzt. Abs. 2 erfasst jedoch nicht nur die Fälle, in denen der Anspruch auf Pflegegeld im Verlauf eines Kalendermonats erstmals eintritt oder endgültig entfällt, sondern auch die **Ruhen-**

statbestände nach § 34 Abs. 2. Bis Ende Oktober 2012 bestand ein Anspruch auf Pflegegeld auch nicht während der Gewährung von Verhinderungspflege (§ 39) und Kurzzeitpflege (§ 42); durch den mit dem PNG in Abs. 2 eingefügten S. 2 wird für beide Fälle ein Fortzahlungsanspruch in Höhe der Hälfte des zuvor bezogenen Pflegegelds begründet, der durch das PSG II ab 1.1.2017 auf acht bzw. sechs Wochen verlängert wurde und ab 1.7.2025 einheitlich acht Wochen betragen wird (Art. 2a Nr. 6 PUEG). Die ursprünglich während der ersten vier Wochen einer Krankenhausbehandlung bzw. einer stationären Reha-Maßnahme vorgesehene Kürzung wurde vom 1. SGB XI-ÄndG durch die Änderung des § 34 Abs. 2 S. 2 aufgehoben. Zur Berechnung der Kürzung vgl. im Einzelnen die Beispiele im Rundschreiben des SpIV § 37 Ziff. 2.2.

- 11 Für den **Sterbemonat** des Pflegebedürftigen hat das 4. SGB XI-ÄndG mWv 1.8.1999 auf eine Kürzung verzichtet (Abs. 2 S. 2, jetzt S. 3). Die Änderung wurde damit begründet, dass es wegen der vorschüssigen Zahlung im Sterbemonat regelmäßig zu Überzahlungen komme. Die Neuregelung solle den Verwaltungsaufwand der Pflegekasse mindern, die zuvor verpflichtet gewesen seien, das zu viel gezahlte Pflegegeld von den Angehörigen zurückzufordern (zu Schwierigkeiten, die sich aus dieser Neuregelung ergeben, vgl. Koch ZFSH/SGb 2000, 21). Bei **Überzahlungen** von Pflegegeld für die **Zeit nach Ablauf** des Sterbemonats bleibt den Pflegekassen die Rückforderung unbenommen. Für diesen Fall verweist der mit dem PflegeWEG eingeführte Abs. 2 S. 3 (jetzt S. 4) auf die Regelungen zur Erleichterung der Rückabwicklung in § 118 Abs. 3 und 4 SGB VI. Danach gelten Geldleistungen, die für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten auf ein Konto bei einem Geldinstitut im Inland überwiesen wurden, als unter Vorbehalt erbracht. Das Geldinstitut ist daher gegenüber der Pflegekasse zur Rückzahlung des überzahlten Betrages verpflichtet; es sei denn, über den entsprechenden Betrag ist im Zeitpunkt der Rückforderung schon anderweitig verfügt worden und die Rücküberweisung kann nicht aus einem Guthaben erfolgen. Lehnt das Geldinstitut aus diesem Grund eine Rücküberweisung ab, kann die Pflegekasse die Erstattung der überzahlten Leistung von den Empfängern der Leistung bzw. den über das betreffende Konto Verfügungsberechtigten (vgl. hierzu im Einzelnen § 119 Abs. 4 S. 1 SGB VI) verlangen. Die Pflegekasse kann auch ihnen gegenüber die Rückforderung durch Verwaltungsakt geltend machen (§ 119 Abs. 4 S. 2 SGB VI).

VIII. Abruf professioneller Pflegeberatung (Abs. 3–9)

- 12 Ursprünglich waren die – damals noch „Pflegeeinsätze“ genannten – Beratungseinsätze in zwei Sätzen eines einzigen Absatzes geregelt (Abs. 3 idF des PflegeVG). Aus einer schlanken Vorschrift ist im Laufe der Zeit eine **umfangreiche und detailverliebte Regelung** geworden, die in elf Absätzen den weitaus größten Teil des § 37 für sich beansprucht. Mit der Regelungsdichte hat sich der bürokratische Aufwand für alle Beteiligten sicherlich erhöht, kaum aber die praktische Wirksamkeit der Pflegeberatung (BeckOK SozR/Giesbert Rn. 67), zu der alle Pflegegeldbezieher berechtigt, manche aber sanktionsbewehrt verpflichtet sind (→ Rn. 31). Dabei greifen die Abs. 3–9 auch noch weit über das Leistungsrecht hinaus und enthalten umfangreiche, leistungserbringungsrechtliche Regelungen, etwa zur Berechtigung zur Pflegeberatung (→ Rn. 19 ff.) und zur Vergütung der Beratungseinsätze (→ Rn. 25 ff.), die gesetzessystematisch im Dritten Abschnitt des SGB XI fehlplatziert sind.
- 13 Die Verpflichtung, während des Bezuges von Pflegegeld in regelmäßigen Abständen (mindestens halbjährlich bei den Pflegegraden 2 und 3, mindestens vierteljährlich bei den Pflegegraden 4 und 5) professionelle Pflegeberatung abzurufen (Abs. 3 S. 1), soll die Qualität der häuslichen Pflege sichern und dort eingetretene Defizite

frühzeitig aufdecken. Diese ursprünglich nur in der Gesetzesbegründung genannte **Zielsetzung** der Vorschrift wurde im 1. SGB XI-ÄndG als S. 2 in den Abs. 3 eingefügt und ist inzwischen in Abs. 3a S. 1 geregelt. In der ursprünglichen Fassung fehlte eine ausdrückliche Regelung der Sanktionen, die dann zunächst in Abs. 3 S. 7 und jetzt in Abs. 6 enthalten ist. Wenngleich der Gesetzgeber durch mehrere Änderungen der Vorschrift den ursprünglich im Vordergrund stehenden Kontrollcharakter deutlich abgeschwächt hat (vgl. → Rn. 4), dient die professionelle Beratung sowohl der Kontrolle, ob die Pflege sachgerecht durchgeführt wird, als auch der Möglichkeit, die Pflegebedürftigen und die ehrenamtlichen Pflegepersonen pflegefachlich zu unterstützen und ihnen Hilfestellung zu leisten; etwa in Bezug auf medizinische Reha-Maßnahmen, den Einsatz von Hilfsmitteln oder Verbesserungen des Pflegeumfeldes. Dass mit der Beratung auch Kontrolle verbunden sein muss (obgleich dies selbst von den Pflegekassen bestritten wird, vgl. Rundschreiben § 37 Ziff. 2), folgt aus dem Qualitäts-Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen. Auch ließen sich die nach Abs. 6 drohenden Sanktionen schwerlich rechtfertigen, wäre die in Abs. 3 S. 1 vorgeschriebene professionelle Beratung ein reines Unterstützungs- und Hilfsangebot.

1. Pflicht und Recht zum Abruf von Beratungseinsätzen (Abs. 3 S. 1–3)

Die **Verpflichtung** zum Abruf von Beratungseinsätzen besteht nach Abs. 3 S. 1 **14** nur, wenn als Pflegeleistung **ausschließlich Pflegegeld** bezogen wird, nicht dagegen beim Bezug von Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung (Krauskopf/Sieper Rn. 22; BeckOGK/Leitherer Rn. 36). Der erforderliche Besuch einer professionellen Pflegekraft wird nicht von der Pflegekasse veranlasst; er muss vom Pflegebedürftigen initiiert und gegenüber der Pflegekasse innerhalb der vorgesehenen Zeitabstände nachgewiesen werden. Es handelt sich um eine Obliegenheit des Leistungsberechtigten, deren Nichterfüllung nach Abs. 6 zur Minderung oder zum Verlust von Leistungsansprüchen führen kann (vgl. Schütte NDV 2007, 211 (217)); im Einzelnen → Rn. 31. Ausnahmen von der Verpflichtung sind nicht vorgesehen; Verstöße während der COVID-19-Pandemie (1.3.2020 bis 30.6.2022) blieben allerdings sanktionslos (§ 148 S. 2). Die gesetzliche Verpflichtung der Bezieher von Pflegegeld, in regelmäßigen Abständen Beratungseinsätze abzurufen, ist auch insoweit **verfassungsgemäß**, als sie Versicherte einschließt, deren Hilfebedarf sich (etwa wegen einer auf Dauer bestehenden Behinderung) voraussichtlich nicht ändert (BSG 24.7.2003 – B 3 P 4/02 R., BSGE 91, 174 Rn. 16 = NZS 2004, 428). Die Beratungseinsätze sind nach Abs. 3 S. 1 abhängig vom Pflegegrad halb- oder vierteljährlich abzurufen. Einen genauen **Zeitpunkt** sieht die Regelung nicht vor; die Pflegekassen haben aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität vereinbart, den Nachweis über die Durchführung des Pflegeberatung innerhalb fester Zeitgrenzen (Kalenderhalb- bzw. -vierteljahr) zu fordern, unabhängig vom Leistungsbeginn im konkreten Einzelfall (Rundschreiben § 37 Ziff. 5.4); wobei der erste Zeitraum mit dem Ablauf des Kalenderhalb- bzw. -vierteljahr beginnen soll, in dem das Pflegegeld bewilligt wurde (kritisch Krauskopf/Sieper Rn. 26).

Das PSG II hat ab 1.1.2017 sowohl Pflegebedürftigen des **Pflegegrades 1** (Abs. 3 **15** S. 5, jetzt Abs. 3 S. 2) als auch Beziehern von **Pflegesachleistungen** (Abs. 3 S. 6, jetzt Abs. 3 S. 3) einen **Anspruch** auf halbjährliche Beratungsbesuche eingeräumt. Begründet wurde dies damit, dass auch diese Personengruppen ein berechtigtes Interesse an einer regelmäßigen individuellen Beratung zu Fragen hätten, die ihre pflegerische Situation und ihre Betreuungssituation betreffen (BT-Drs. 18/5926, 123). Die Ausweitung des Anspruchs auf Sachleistungsbezieher erscheint fragwürdig. Die professionelle Pflegeberatung nach Abs. 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Bei Beziehern von Pflegesachleistungen müsste erwartet werden, dass

der betreuende Pflegedienst im Rahmen seines regulären Pflegeeinsatzes den Anleitungs-, Unterstützungs- und Beratungsbedarf des Pflegebedürftigen oder seiner Pflegepersonen erkennt und entsprechend berücksichtigt (so noch BT-Drs. 14/6949, 13) – zumal das PSG II in § 36 Abs. 2 S. 2 gerade diese pflegefachliche Anleitung zum Bestandteil der Pflegesachleistung erklärt hat. Jedenfalls ist die Beratung weder bei Sachleistungsbeziehern (Abs. 3 S. 3) noch bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 (Abs. 3 S. 2) verpflichtend; eine unterbliebene Beratung wird nicht sanktioniert.

2. Durchführung und Dokumentation der Beratungsbesuche (Abs. 3, 4 und 5a)

- 16 Die professionelle Pflegeberatung muss nach Abs. 3 S. 1–3 **in der eigenen Häuslichkeit** des Pflegebedürftigen erfolgen. Darunter ist nicht der Haushalt zu verstehen, in den der Pflegebedürftige aufgenommen ist, sondern das häusliche Umfeld, in dem er sich zur Inanspruchnahme von Leistungen der häuslichen Pflege aufhalten muss (BeckOK SozR/Giesbert Rn. 76). Dies berührt zwar den Schutzbereich von Art. 13 Abs. 1 GG, verstößt aber weder gegen dieses Grundrecht noch gegen Art. 6 Abs. 1 GG oder Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG (BSG 24.7.2003 – B 3 P 4/02, BSGE 91, 174 Rn. 12 ff. = NZS 2004, 428). Nach Abs. 3 S. 4–6 kann auf Wunsch des Pflegebedürftigen bis 30.6.2024 jeder zweite Beratungseinsatz **per Videokonferenz** durchgeführt werden. Der Gesetzgeber hat damit eine für die COVID-19-Pandemie in § 148 S. 1 geschaffene Sonderregelung probeweise in das Dauerrecht übernommen, deren Entfristung er sich nach Auswertung des gemäß § 7a Abs. 9 vom SpiV im Jahr 2023 zu erstattenden Berichts vorbehalten hat (BT-Drs. 20/1909, 59).
- 17 Die Vorgaben für die **Durchführung** der Beratungsbesuche in Abs. 4 S. 5 und 6 dienen der Qualitätssicherung und greifen insoweit den Empfehlungen nach Abs. 5 (dazu → Rn. 30) vor. Die eingesetzten Pflegekräfte sollen möglichst über spezifisches Wissen zum Krankheits- und Behinderungsbild sowie zum sich daraus ergebenden Hilfebedarf des Pflegebedürftigen verfügen (Abs. 4 S. 5). So sollen etwa für Beratungsbesuche bei demenziell erkrankten Pflegebedürftigen möglichst Pflegefachkräfte mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung eingesetzt werden (BT-Drs. 14/6949, 13). Im Interesse einer qualifizierten und kontinuierlichen Beratung sollen zudem die Beratungsbesuche bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt werden (Abs. 4 S. 6). Diese Zielvorgaben sind von den Beratungsinstitutionen zwar nicht in jedem Einzelfall, aber doch weitestgehend zu erreichen.
- 18 Die Durchführung der Beratungseinsätze ist nach Abs. 4 S. 1 und 2 zu dokumentieren und diese **Dokumentation** ist der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen zu übermitteln. Dabei differenziert das Gesetz zwischen **Durchführungsbestätigung** und **Erkenntnisweitergabe**: Die zur Beratung herangezogenen Pflegedienste, Beratungsstellen oder –personen müssen die Durchführung des Beratungseinsatzes gegenüber der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen bestätigen, ohne dass es insoweit des Einverständnisses des Pflegebedürftigen bedarf (Abs. 4 S. 1 Hs. 1). Die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation haben sie dem Pflegebedürftigen mitzuteilen und mit dessen Einwilligung auch der Pflegekasse bzw. dem Versicherungsunternehmen zu übermitteln (Abs. 4 S. 1 Hs. 2 iVm § 106a). Die Verweigerung der Einwilligung durch den Pflegebedürftigen hat nicht mehr (wie nach dem Rechtszustand bis zum PflEG, seinerzeit in Abs. 3 S. 5 und 7 geregelt) Leistungskürzungen zur Folge. Die wiederholte Verweigerung der Einwilligung kann die Pflegekasse aber zum Anlass für eine Kontrolle durch den MD nach § 18 Abs. 2 S. 5, Abs. 6 S. 4 nehmen (Krauskopf/Sieper Rn. 30a). Für Fälle verweigerter Einwilligung der Erkenntnisweitergabe hat das PpSG in Abs. 4 S. 3 und 4 die Mög-

lichkeit des Angebots einer **weitergehenden Beratung** geschaffen: Gelangt die Person, die den Beratungseinsatz nach Abs. 3 durchführt, zu der Überzeugung, dass die Sicherstellung der Pflege die Inanspruchnahme weiterer oder anderer Leistungen erfordert, darf sie der Pflegekasse auch ohne Einwilligung des Pflegebedürftigen mitteilen, dass sie eine weitergehende Beratung für erforderlich hält. Die Pflegekasse darf dann dem Pflegebedürftigen eine Beratung nach § 7a anbieten und kann nach deren Abruf mit ihm Anpassungen der Leistungen erörtern (BT-Drs. 19/4453, 99 f.). Zwar darf die Beratungsperson Informationen über die Pflegesituation nicht an die Pflegekasse übermitteln; doch weist die ihr erlaubte Mitteilung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung auf diesbezügliche Defizite hin.

Neben den Empfehlungen zur Qualitätssicherung nach Abs. 5 hat das PpSG in **Abs. 5a** ab 1.1.2020 auch **Richtlinien** zur Dokumentation und Bewertung der Erkenntnisse aus Beratungsbesuchen vorgesehen. Diese Richtlinien sind am 18.12.2019 beschlossen worden. Mit Recht wird an der Schaffung dieser Richtlinienkompetenz kritisiert, ob der Gesetzgeber nicht zuerst selbst hätte regeln müssen, zu welchem Zweck die Mitteilung nach Abs. 4 S. 1 erfolgt und welche Befugnisse die Pflegekassen nach Übermittlung der Daten haben sollen (Hauck/Noftz/Reimer Rn. 31b).

3. Beratungsstellen und -personen (Abs. 3b, Abs. 7–9)

Mit der Durchführung der Beratung konnte der Pflegebedürftige ursprünglich ausschließlich eine zugelassene Pflegeeinrichtung seiner Wahl beauftragen. Mit dem PflEG und dem PflegeWEG ist der Kreis der zu Beratungseinsätzen berechtigten Stellen und Personen sukzessive erweitert worden. Die **berechtigten Beratungsstellen und -personen** sind **abschließend** in § 37 geregelt, aber nicht allein in dessen Abs. 3b. Denn Beratungseinsätze dürfen nicht nur zugelassene Pflegedienste (Abs. 3b Nr. 1; → Rn. 21), anerkannte Beratungsstellen (Abs. 3b Nr. 2; → Rn. 22) und beauftragte Pflegefachkräfte (Abs. 3b Nr. 3, → Rn. 23) durchführen, sondern auch Pflegeberater iSv § 7a (Abs. 8 S. 1 Hs. 1; → Rn. 24) und kommunale Pflegeberater (Abs. 8 S. 1 Hs. 2; → Rn. 25). Von diesen Beratungsstellen und -personen sind allein die zugelassenen Pflegedienste zu Beratungseinsätzen nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet (§ 72 Abs. 4 S. 2).

Bis 31.12.2018 durften Beratungseinsätze bei allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen abgerufen werden, mithin nicht nur bei ambulanten Pflegediensten, sondern auch bei stationären Pflegeheimen. Das PpSG hat zum 1.1.2019 die jetzt in Abs. 3b S. 1 enthaltene Regelung auf **zugelassene Pflegedienste** beschränkt. Dies erfolgte mit Blick auf das zeitgleich eingeführte vertragliche Vergütungssystem (vgl. Abs. 3c S. 1), das sich auf den ambulanten Bereich beschränken sollte (BT-Drs. 19/4453, 98). Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen bedürfen seither für die Durchführung von Beratungseinsätzen einer Anerkennung als Beratungsstelle nach Abs. 3b Nr. 2 iVm Abs. 7 (soweit sie nicht unter die Übergangsvorschrift des § 146 Abs. 2 fallen). **Betreuungsdienste iSv § 71 Abs. 1a** sind keine zugelassenen Pflegedienste und daher nicht nach Abs. 3b Nr. 1 zu Beratungseinsätzen berechtigt. Obwohl die Berechtigung von Betreuungsdiensten positiv im Gesetz geregelt sein müsste, hat es der Gesetzgeber des TSVG für erforderlich gehalten, in **Abs. 9** klarzustellen, dass sie Beratungsbesuche nach Abs. 3 nicht durchführen dürfen (kritisch dazu BeckOK SozR/Giesbert Rn. 78). Entsprechend befähigte Mitarbeiter von Betreuungsdiensten können jedoch nach Abs. 3b Nr. 2 iVm Abs. 7 in die professionelle Pflegeberatung eingebunden werden.

Mit dem PflegeWEG ist die jetzt in Abs. 3b Nr. 2 geregelte Möglichkeit eröffnet worden, auch andere **Beratungsstellen und -personen** mit entsprechender Qualifikation zu beauftragen. Der Gesetzgeber wollte damit den Wettbewerb im (Pflege-)Beratungsgeschäft intensivieren, die ambulanten Pflegedienste von wirt-

schaftlich unattraktiven Beratungsbesuchen entlasten und das Beratungsangebot im Interesse der Pflegebedürftigen erweitern (BT-Drs. 19/7439, 56). Mit der Erweiterung der Beratungsmöglichkeiten, die bei häuslicher Pflege durch ehrenamtliche Pflegepersonen eine qualitativ ausreichende pflegerische Versorgung sicherstellen sollen, entstand zugleich die Notwendigkeit, die fachliche Kompetenz derjenigen Beratungsangebote zu prüfen und zu dokumentieren, deren Qualifikation zuvor noch nicht, wie etwa bei zugelassenen Pflegediensten beim Abschluss eines Versorgungsvertrages, festgestellt werden konnte. Dazu hat der Gesetzgeber für Beratungsstellen in **Abs. 7** ein **Anerkennungsverfahren** bei den Landesverbänden der Pflegekassen eingeführt. Die in Abs. 7 S. 2 aufgeführten Voraussetzungen belassen den Landesverbänden einen gewissen Beurteilungsspielraum, dessen sachgerechte Ausfüllung allerdings gerichtlich voll überprüfbar ist.

- 23 Subsidiär kann nach Abs. 3b Nr. 3 anstelle lokal nicht verfügbarer zugelassener Pflegedienste oder anerkannter Beratungsstellen auch eine einzelne von der Pflegekasse **beauftragte Pflegefachkraft** in Anspruch genommen werden, die aber nicht bei der Pflegekasse angestellt sein darf. Die Beauftragung muss durch die Pflegekasse erfolgen und ist von dem durch den einzelnen Pflegebedürftigen erteilten Auftrag zur Durchführung eines Beratungsbesuchs zu unterscheiden. Für die Beauftragung durch die Pflegekasse schreibt das Gesetz keine besondere Form vor; da die Vergütungsregelung in Abs. 3c S. 2 ohnehin vertragliche Beziehungen zwischen beauftragter Pflegefachkraft und Pflegekasse vorsieht, kann auch die Beauftragung durch öffentlich-rechtlichen Vertrag erfolgen. Beauftragt werden können nicht nur Personen mit der Qualifikation einer (verantwortlichen) Pflegefachkraft iSv § 71 Abs. 2 Nr. 1 (näher dazu → § 71 Rn. 26 ff.), sondern auch mit derjenigen einer geeigneten Pflegekraft iSv § 77 (BeckOGK/Leitherer Rn. 41; Krauskopf/Sieper Rn. 24a).
- 24 Der durch das PflegeWEG eingefügte Abs. 8 hatte es in seiner ursprünglichen Fassung auch **Pflegeberatern iSv § 7a** ermöglicht, die in Abs. 3 vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchzuführen und zu bescheinigen. Hierdurch sollen angesichts der Intensivierung der Beratung (unabhängig vom Bezug von Pflegegeld) unnötige mehrfache Hausbesuche vermieden werden. Denn Pflegeberater gewährleisten eine qualifizierte und individuelle Beratung nicht nur in den Pflegestützpunkten (§ 7c), sondern können zu diesem Zweck auch auf Wunsch des Pflegebedürftigen in die häusliche Umgebung kommen (vgl. § 7a Abs. 2). Mit dem PSG III ist mWv 1.1.2017 in Abs. 8 S. 1 die Beschränkung auf die „vorgeschriebenen“ Beratungseinsätze entfallen; seither können Pflegeberater nicht nur die Beratungsbesuche nach Abs. 3 S. 1 durchführen, sondern auch die Beratungsbesuche nach Abs. 3 S. 2 und 3.
- 25 Seit dem 1.1.2017 können Beratungsbesuche iSv Abs. 3 auch von **kommunalen Beratungspersonen** durchgeführt werden (Abs. 8 idF des PSG III). Diese müssen zum Personal der kommunalen Gebietskörperschaften gehören, also zur jeweiligen Kommune in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehen; Dritter dürfen sich die Kommunen nicht bedienen. Die kommunalen Beratungspersonen bedürfen – anders als die Beratungsstellen nach Abs. 7 – keiner Anerkennung durch die Pflegekassen. Aufgrund der allgemeinen Gesetzesbindung der Kommunen erschien dem Gesetzgeber des PSG III bei dem für Beratungsbesuche eingesetzten kommunalen Personal eine gesonderte Überprüfung der für alle Beratungspersonen einheitlich geltenden Qualifikationsanforderungen entbehrlich (BT-Drs. 18/10510, 109 mit BT-Drs. 18/9959, 10). Auch bei kommunalen Beratungspersonen ist materielle Voraussetzung für ihren Beratungseinsatz, dass sie über die dafür erforderliche pflegfachliche Kompetenz verfügen. Abs. 8 verzichtet nur darauf, dass diese Kompetenz vorab in einem förmlichen Anerkennungsverfahren geprüft wird. Mangels formeller Anerkennung muss die Erfüllung der materiellen Voraussetzungen bei jedem einzelnen Einsatz einer kommunalen Beratungsperson geprüft werden, soll der von ihr durchgeführte Beratungsbesuch auch die Rechtswirkungen des Abs. 3 auslösen. Nur

wenn sich bei dieser Prüfung herausstellt, dass die Beratungsperson über die erforderliche pflegefachliche Kompetenz verfügt, kommt ein Pflegebedürftiger mit deren Beratungsbesuch seiner Pflicht aus Abs. 3 S. 1 nach und entsteht der Kommune für den Beratungseinsatz eine Vergütung nach Abs. 3c. Wie Pflegeberater können auch kommunale Beratungspersonen alle Beratungsbesuche nach Abs. 3 durchführen, also sowohl diejenigen nach Abs. 3 S. 1 als auch diejenigen nach Abs. 3 S. 2 und 3 (näher dazu → Rn. 24). Soweit in den Materialien zum PSG III davon die Rede ist, die Ansprüche auf Beratungsbesuche nach Abs. 3 S. 6 und 7 (jetzt S. 2 und 3) könnten mit dem Einsatz kommunaler Beratungspersonen nicht erfüllt werden (BT-Drs. 18/9518, 69), trifft dies nicht zu. Haben die Pflegekassen die Beratungsbesuche kommunaler Beratungspersonen zu vergüten (vgl. → Rn. 22), muss deren Einsatz auch den Pflegekassen zugerechnet werden können.

4. Vergütung der Beratungseinsätze (Abs. 3c)

Abs. 3c S. 1 regelt die Frage, wer die **Kosten** des Beratungsbesuchs zu **tragen** 26 hat. Nach der ursprünglichen Fassung (dort Abs. 3 S. 2) und nach der Fassung des 1. SGB XI-ÄndG (dort Abs. 3 S. 3) wurden die von dem beauftragten Pflegedienst in Rechnung gestellten Kosten aus dem Pflegegeld finanziert. Mit dem 4. SGB XI-ÄndG wurde zum 1.8.1999 die Finanzierung auf die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen übertragen; die Beihilfestellen wurden erst durch das PfLEG in die Pflicht genommen. Hierdurch sollte eine höhere Akzeptanz der Beratungseinsätze erreicht werden (BT-Drs. 14/407, 4).

Für die **Höhe der Vergütung** galten vom 1.8.1999–31.12.2018 gesetzlich festge- 27 legte Höchstbeträge, die sich zuletzt bis zum Pflegegrad 3 auf 23 EUR und ab dem Pflegegrad 4 auf 33 EUR beliefen (Abs. 3 S. 5 aF). Mit diesen Beträgen waren alle Kosten des Beratungsbesuchs abgegolten; weitergehende Kosten konnten weder dem Pflegebedürftigen noch der Pflegekasse oder einem anderen Kostenträger in Rechnung gestellt werden. Weil vielfach beklagt wurde, dass diese Vergütungssätze nicht auskömmlich seien (BT-Drs. 19/4453, 98), hat das PpSG zum 1.1.2019 ein neues, auf Vereinbarungen beruhendes Vergütungssystem eingeführt. Nach Abs. 3c S. 2 sind über die Vergütung **zugelassener Pflegedienste und beauftragter Pflegefachkräfte** in entsprechender Anwendung des § 89 Abs. 1 und 3 Vereinbarungen zu schließen. Bei diesen **Vergütungsvereinbarungen** handelt es sich um Einzelverträge mit jedem einzelnen zugelassenen Pflegedienst und mit jeder einzelnen berechtigten Pflegefachkraft; über den Verweis in § 89 Abs. 3 S. 4 auf § 86 sind aber auch Kollektivverträge möglich. Anders verhält es sich bei den **anderen Beratungsstellen und -personen**. Mit ihnen sind über die Vergütung der Beratungseinsätze keine Vereinbarungen zu schließen. Vielmehr wird nach Abs. 3c S. 4 die Vergütung anerkannter Beratungsstellen und kommunaler Beratungspersonen von den Landesverbänden der Pflegekassen **einseitig** unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land mit den Pflegediensten und Pflegefachkräften vereinbarten Vergütungssätze **festgesetzt**. Damit wollte der Gesetzgeber des PpSG den durch das neue Vergütungssystem verursachten bürokratischen Aufwand in Grenzen halten (vgl. BT-Drs. 19/4453, 99). Er hätte dies eher dadurch erreichen können, dass er für die Vergütung aller Beratungsstellen und -personen in einem Land eine kollektivvertragliche Vereinbarung vorschreibt. Stattdessen wirft seine Regelung Fragen nach der Verfassungsmäßigkeit der einseitig hoheitlichen Normsetzung auf, zu der er in Abs. 3c S. 4 die Landesverbände der Pflegekassen ermächtigt.

Die Vergütung für Beratungsbesuche von **Beratungspersonen iSv Abs. 8** ist 28 grundsätzlich von der Pflegekasse zu tragen. Denn Pflegeberater und kommunale Beratungspersonen müssen, wenn sie iSv Abs. 8 S. 1 „Beratungsbesuche nach Abs. 3“ durchführen, nicht nur sämtliche Anforderungen des Abs. 3 erfüllen – wozu, wie Abs. 8 S. 2 und 3 klarstellt, auch die Anforderungen des Abs. 4 sowie die

Empfehlungen nach Abs. 5 gehören. Vielmehr müssen die Beratungseinsätze dieser Beratungspersonen sämtliche Rechtsfolgen des Abs. 3 auslösen und damit auch Vergütungsansprüche gegen die Pflegekassen nach Abs. 3c begründen. Der Ausschluss einer Vergütung dieser Beratungsbesuche bedürfte daher einer ausdrücklichen Regelung. Auf einen solchen Vergütungs Ausschluss, den der RegE des PSG III noch vorgesehen hatte (BT-Drs. 18/9518, 13), ist im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens verzichtet worden (BT-Drs. 18/10510, 18, 109). Vielmehr setzt Abs. 3c S. 4 auch für solche Beratungsbesuche Vergütungsansprüche voraus. Dies bedeutet aber nicht, dass die Pflegekassen alle Beratungsbesuche von Beratungspersonen iSv Abs. 8 zu vergüten hätten. Zum einen ist eine Doppelfinanzierung durch die Pflegekassen ausgeschlossen. Daher sind Beratungseinsätze durch **Pflegeberater iSv § 7a** nicht gesondert zu vergüten; denn deren Aufwendungen tragen die Pflegekassen bereits nach § 7a Abs. 4 S. 4. Gleiches gilt für **kommunale Beratungspersonen**, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 123 aF eingesetzt wurden, da die Kostenbeteiligung der Pflegekassen abschließend in den Vereinbarungen nach § 123 Abs. 5 aF geregelt war. Zum anderen bietet Abs. 8 keine Grundlage für eine Mitfinanzierung kommunaler Angelegenheiten durch die Pflegekassen. Ein Beratungsbesuch kommunaler Beratungspersonen ist deshalb von der Pflegekasse nur zu vergüten, wenn sichergestellt ist, dass die Kosten für die Erfüllung von Aufgaben der Alten- oder Eingliederungshilfe von der Pflegeversicherung nicht mitgetragen werden.

5. Qualitätssicherung der Beratungsbesuche (Abs. 5)

- 29 Die Beratungsbesuche dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege (Abs. 3a S. 1) und müssen daher auch selbst qualitätsgesichert sein. Dazu hat der Gesetzgeber in § 37 eine Reihe von Regelungen zur **Struktur- und Prozessqualität** der Beratungsbesuche getroffen und im Übrigen in Abs. 5 den Kollektivvertragsparteien auf Bundesebene einen Regelungsauftrag erteilt. Die Strukturqualität betreffen die Regelungen über den Kreis der zur Beratung berechtigten Stellen und Personen in Abs. 3b, Abs. 7–9. Der Prozessqualität widmen sich die Vorgaben zur Beratungskompetenz und -kontinuität in Abs. 4 S. 5 und 6 sowie zum Hinweis auf weitere Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote in Abs. 3a S. 2.
- 30 Nachdem die seit 1.1.2002 von Abs. 5 vorgesehenen **Empfehlungen zur Qualitätssicherung** der Beratungsbesuche mangels Konfliktlösungsmechanismus über das Entwurfsstadium nicht hinausgekommen waren, hat das PSG II mWv 1.1.2017 deren **Zustandekommen** neu strukturiert. Die in Abs. 5 S. 1 erwähnten „Vertragsparteien nach § 113“ haben gem. § 113b Abs. 1 S. 2 die Empfehlungen durch den Qualitätsausschuss zu beschließen. Kann in diesem zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern (§ 113b Abs. 2) kein Einvernehmen hergestellt werden, wird der Qualitätsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (§ 113b Abs. 3 S. 1) und kann nach dieser Erweiterung mit der Mehrheit seiner Mitglieder Beschlüsse fassen (§ 113b Abs. 3 S. 7). Die Empfehlungen waren erstmals bis zum 1.1.2018 zu beschließen (Abs. 5 S. 1); seither ist über neue Empfehlungen auf Verlangen des BMG oder einer Vertragspartei innerhalb von 6 Monaten ein Beschluss zu fassen (Abs. 5 S. 2). Zustande gekommen sind die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche am 29.5.2018; sie wurden am 21.5.2019 geändert. **Inhalt** der Empfehlungen sollen Vorgaben zur Strukturqualität der Beratungsinstitutionen (etwa zum eingesetzten Beratungspersonal und dessen Beratungskompetenz), zur Prozessqualität der Beratungseinsätze (etwa zu deren Durchführung und Dokumentation) sowie zur Ergebnisqualität der Beratung (etwa zu deren Wirkung) sein; auch sollen sich die Empfehlungen mit der Feststellung der Pflegequalität und den zu ihrer Sicherung erforderlichen Schritten, einschließlich der Einbindung der Pflegekasse, befassen (BT-Drs. 18/5926, 124). Dass sich die Empfehlungen des Qualitätsausschusses im Rahmen der gesetzlichen

Vorgaben halten müssen, versteht sich von selbst; gleichwohl hebt Abs. 5 S. 1 ausdrücklich hervor, dass bei der Beschlussfassung über die Empfehlungen die in Abs. 4 festgelegten Anforderungen zu beachten sind. Die Empfehlungen gelten für alle Beratungsinstitution, also nicht nur für die zugelassenen Pflegedienste, sondern – wie Abs. 5 S. 3 und Abs. 8 S. 3 klarstellen – auch für anerkannte Beratungsstellen, Pflegeberater und kommunale Beratungspersonen. Die Empfehlungen sind keine bloße Orientierungshilfe, sondern für die Beratungsinstitutionen **verbindlich** (aA BeckOGK/Leitherer Rn. 53), binden diese aber nicht strikt, sondern lassen Abweichungen von ihren Vorgaben zu.

6. Sanktionen bei unterbliebener Beratung (Abs. 6)

Abs. 6 regelt ausdrücklich die Folgen einer Verletzung der dem Pflegebedürftigen nach Abs. 3 S. 1 obliegenden **Mitwirkungspflicht**. Es handelt sich um eine Sonderregelung gegenüber § 66 Abs. 2 SGB I. Vor einer völligen Entziehung des Pflegegeldes ist dieses zunächst angemessen zu kürzen; auch in diesem Fall bedarf es nach § 66 Abs. 3 SGB I eines vorherigen Hinweises der Pflegekasse auf die drohende teilweise Leistungsveragung. Was als **angemessene Kürzung** anzusehen ist, lässt sich auch aus den Materialien nicht erschließen. Die Pflegekassen (Rundschreiben § 37 Ziff. 5.4 Abs. 3 ff.) haben folgende Praxis beschlossen: Nach Ablauf des ersten Zeitraums ohne Nachweis wird das Pflegegeld für den nachfolgenden Zeitraum um „maximal“ 50 vH gekürzt; es sei denn, der Nachweis wird in dieser Zeit vorgelegt. In diesem Fall soll das volle Pflegegeld von dem Tag an, an dem der Beratungsbesuch durchgeführt wurde, wieder gezahlt werden. Wird der Nachweis auch im zweiten nacheinander folgenden Zeitraum nicht erbracht, soll die Gewährung des Pflegegeldes beendet werden. Nach Ansicht des BSG (BSG 24.7.2003 – B 3 P 4/02 R, BSGE 91, 174 Rn. 20 = NZS 2004, 428) kommt eine Nachzahlung für den zurückliegenden Zeitraum nicht in Betracht, wenn der Abruf des Beratungseinsatzes nach der Kürzung des Pflegegeldes nachgeholt wird.

Die Nichterfüllung der Pflicht aus Abs. 3 S. 1 kann von der Pflegekasse auch zum **Anlass für eine Wiederholungsbegutachtung** durch den MD genommen werden (§ 18 Abs. 2 S. 5, Abs. 6 S. 4). Ergibt diese, dass die Pflege nicht (mehr) sichergestellt ist, kommt unter den Voraussetzungen der §§ 45, 48 SGB X eine Aufhebung der Pflegegeldbewilligung in Betracht (BeckOGK/Leitherer Rn. 43).

§ 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

¹Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Absatz 3 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. ²Das Pflegegeld wird um den Vorhundertatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. ³An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden. [Bis 30.6.2025:] ⁴Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. [Ab 1.7.2025: ⁴Anteiliges Pflegegeld wird während der Kurzzeitpflege nach § 42 und während einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.] ⁵Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte

Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	3
1. Voraussetzungen (S. 1)	3
2. Ermittlung des anteiligen Pflegegeldes (S. 2)	4
3. Bindung an die beantragte Kombinationsleistung (S. 3)	6
IV. Kombination mit Kurzzeit- oder Verhinderungspflege (S. 4)	7
V. Kombination mit stationärer Pflege (S. 5)	8

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.4.1995 durch Art. 1 **PflegeVG** eingeführt worden (vgl. BT-Drs. 12/5262, 113; BT-Drs. 12/5952, 40). Im 1. **SGB XI-ÄndG** wurde zum 14.6.1996 in S. 1 die Bezugnahme auf § 36 Abs. 3 ergänzt um § 36 Abs. 4. Durch Art. 1 Nr. 12 **PNG** wurden mWv 30.10.2012 die S. 4 und 5 angefügt. Das **PSG II** übernahm zum 1.1.2016 in S. 4 die zeitlichen Höchstgrenzen des § 37 Abs. 2 S. 2 beim Zusammentreffen mit Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege und strich zum 1.1.2017 in S. 1 den Verweis auf § 36 Abs. 4. Das **PUEG** wird S. 4 mWv 1.7.2025 an die Erhöhung der Höchstdauer der Verhinderungspflege (§ 39) auf acht Wochen anpassen.

II. Normzweck

- 2 § 38 ermöglicht es dem Pflegebedürftigen, zur gleichen Zeit Pflegesachleistung nach § 36 und Pflegegeld nach § 37 in Anspruch zu nehmen, solange die in § 36 Abs. 3 festgelegten Höchstgrenzen nicht überschritten werden. Eine vergleichbare Kombination mehrerer Leistungsarten ist in § 41 Abs. 3 geregelt, dort tritt zusätzlich die teilstationäre Pflege hinzu. Die Kombination von Sachleistung und Pflegegeld bietet sich in den Fällen an, in denen die nicht erwerbsmäßige Pflegeperson (der Familienangehörige oder Nachbar) nur die Hilfe bei bestimmten Aktivitäten, deren Einsatz langfristig zeitlich festgelegt werden kann, nicht bzw. nicht allein durchführen kann (Beispiel: Baden, Zu Bett Gehen). § 38 dient der Unterstützung der Pflegebereitschaft von Angehörigen, Freunden und Nachbarn, mithin der **Stärkung der familiären Pflege** sowie dem Verbleib des Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld und damit dem **Vorrang der häuslichen Pflege** (§ 3). § 38 regelt allerdings **nicht alle denkbaren Kombinationen** von Leistungsarten. Ursprünglich befasste sich die Vorschrift allein mit der Kombination von Pflegegeld und ambulanter Pflegesachleistung. Eine solche Kombination schließt § 37 Abs. 1 S. 1 aus, weil danach Pflegegeld nur „anstelle“ von Pflegesachleistung bezogen werden kann. Da die vom Gesetzgeber gewünschte familiäre, nachbarschaftliche und sonstige ehrenamtliche Pflege aber auch nur eine Ergänzung durch einzelne Einsätze professioneller Pflegekräfte erfordern kann, bedurfte es einer Vorschrift, die dem Pflegebedürftigen eine flexiblere Gestaltung seiner Pflege ermöglicht. In den Anwendungsbereich des § 38 wurden später von Rspr. und Gesetzgebung weitere Kombinationen von Leistungsarten einbezogen. Das BSG hat in § 38 S. 2 eine allgemeine Regel erblickt, die für jede Kombination von Geld- und Sachleistung gilt – auch für die Kombination mit vollstationären Sachleistungen (BSG 13.3.2001 – B 3 P 10/00 R, SozR 3–3300

§ 38 Nr. 2 S. 11 = BeckRS 2001, 40833). Einer solchen Kombination hat sich das PNG in S. 5 gewidmet – allerdings unter Abweichung von der Berechnungsregel von S. 2 (dazu näher → Rn. 8). Zudem wurde durch das PNG in S. 4 eine Kombination von (stationärer) Kurzzeitpflege nach § 42 und Pflegegeld sowie von Verhinderungspflege nach § 39 und Pflegegeld eingeführt. Weiterhin regelt § 38 aber nicht umfassend alle Kombinationen von Leistungen (vgl. § 41 Abs. 3 zur Kombination mit teilstationärer Pflege).

III. Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung

1. Voraussetzungen (S. 1)

Die amtliche Überschrift des § 38 bezeichnet die Kombination von Geld- und Sachleistung als Kombinationsleistung. Die Vorschrift selbst gestaltet die Kombinationsleistung allerdings nicht als eigenständige Leistung mit eigenen Voraussetzungen und Folgen aus, sondern regelt in S. 1–3 nur die (anteilige) Inanspruchnahme von Pflegegeld nach § 37 neben Pflegesachleistungen nach § 36. Diese beiden Leistungen werden lediglich über die Anrechnungsregelung in S. 2 und die Bindung nach S. 3 miteinander verklammert. Für den Bezug der Kombinationsleistung müssen daher sämtliche Voraussetzungen für Inanspruchnahme von Pflegesachleistung (§ 36) und Pflegegeld (§ 37) erfüllt sein. Anteiliges Pflegegeld im Rahmen der Kombinationsleistung erhält ein Pflegebedürftiger nur, wenn er die Pflege, die über die bezogene Pflegesachleistung hinaus erforderlich ist, **in geeigneter Weise selbst sicherstellt** (vgl. § 37 Abs. 1 S. 2, näher dazu → § 37 Rn. 8). Professionelle **Beratungseinsätze** sind allerdings bei der Kombinationsleistung nicht verpflichtend, weil § 37 Abs. 3 S. 1 nur bei alleinigem Bezug von Pflegegeld gilt (vgl. → § 37 Rn. 13). Die im Rahmen der Kombinationsleistung in Anspruch genommene Pflegesachleistung muss von einer geeigneten Pflegekraft iSv § 36 Abs. 4 S. 2 und 3 erbracht werden, die aufgrund eines Arbeits-, Versorgungs- oder Einzelvertrages mit der Pflegekasse für diese pflegerisch tätig werden darf (näher dazu → § 36 Rn. 23). Für die Pflegesachleistung ist ein bestimmter Mindestumfang nicht ausdrücklich vorgeschrieben; da das Gesetz aber für Pflegegeld wie Pflegesachleistung Monatsbeträge vorsieht (§ 36 Abs. 3, § 37 Abs. 1 S. 3), muss grundsätzlich **mindestens eine Sachleistung im Monat** abgerufen werden (BeckOGK/Leitherer Rn. 9; Krauskopf/Sieper Rn. 5; LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 7).

2. Ermittlung des anteiligen Pflegegeldes (S. 2)

Das Gesetz sieht für die Kombinationsleistung keine eigenen Leistungsbeträge vor, sondern eine Anrechnung des in Anspruch genommenen Teilbetrags der Pflegesachleistung nach § 36 Abs. 3 auf den vollen Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 S. 3. Um eine vorschnelle Erschöpfung des Pflegegeldes zu vermeiden, das in allen Pflegegraden nicht einmal die Hälfte der Pflegesachleistung erreicht, darf die abgerufene Sachleistung nur in dem Verhältnis angerechnet werden, in dem sie den Sachleistungshöchstsatz ausschöpft. Daher ist nach § 38 S. 2 die Höhe des anteiligen Pflegegeldes nach dem Verhältnis des dem jeweiligen Pflegegrad entsprechenden Höchstbetrages des Wertes der Sachleistung (§ 36 Abs. 3) und dem vom Pflegebedürftigen tatsächlich in Anspruch genommenen Betrag der Sachleistung zu berechnen. Das dem Pflegegrad entsprechende Pflegegeld (§ 37 Abs. 1 S. 3) wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Beispiele:

- **Pflegegrad 2**, der Pflegebedürftige beantragt, ihm wöchentlich drei Pflegeeinsätze von jeweils einer Stunde (Stundensatz: 20 EUR) zu gewähren; bei 30 Tagen ergeben sich Gesamtkosten von 240 EUR monatlich. Der Höchstsatz der Pflege- **4a**

sachleistung beträgt 724 EUR (§ 36 Abs. 3 Nr. 1). Der Pflegebedürftige hat seinen Sachleistungsanspruch im Verhältnis 240:724 (=33,15 vH) ausgeschöpft; in Höhe des verbleibenden Anteils (von 66,85 vH) kann er Pflegegeld nach dem für den Pflegegrad 2 maßgebenden Betrag (§ 37 Abs. 1 S. 3 Nr. 1) von 316 EUR beanspruchen. Das sind 211,25 EUR.

- 4b • **Pflegegrad 3**, es wird ein Pflegeeinsatz von täglich einer Stunde beantragt; bei 30 Tagen betragen die Gesamtkosten 600 EUR monatlich. Höchstsatz der Pflegesachleistung: 1.363 EUR (§ 36 Abs. 3 Nr. 2); verbleibender Anteil: $600 : 1.363$ (es bleiben 55,98 vH von 545 EUR) = 305,09 EUR.
- 4c • **Pflegegrad 4**, es werden täglich zwei Pflegeeinsätze von jeweils einer Stunde beantragt; die Gesamtkosten betragen 1.200 EUR monatlich. Höchstsatz der Pflegesachleistung: 1.693 EUR (§ 36 Abs. 3 Nr. 3); verbleibender Anteil: $1.200 : 1.693$ (es bleiben 29,12 vH von 728 EUR) = 211,99 EUR.
- 4d • **Pflegegrad 5**, der Pflegebedürftige nimmt von den ihm zustehenden Sachleistungen (Höchstbetrag 2.095 EUR, § 36 Abs. 3 Nr. 4) nur solche in Höhe von monatlich 419 EUR in Anspruch. Das Pflegegeld von 901 EUR (§ 37 Abs. 1 S. 3 Nr. 4) ist in diesem Fall um das Verhältnis von 419 zu 2.095 ($20 \text{ vH} \times 901 \text{ EUR} = 180,20 \text{ EUR}$) zu kürzen (verbleibender Anteil 720,80 EUR). Anders als bei den früheren Härtefällen (§ 36 Abs. 4 idF bis 31.12.2016) stellt sich bei dem an ihre Stelle getretenen Pflegegrad 5 nicht mehr die Frage, ob der Höchstsatz der Pflegesachleistung mit oder ohne den Erhöhungsbetrag für den Härtefall zu bestimmen ist (dazu BSG 26.11.1998 – B 3 P 16/97 R, SozR 3–3300 § 38 Nr. 1 = BeckRS 1998, 30036086).
- 5 Der Pflegegeldanteil kann bei einer Kombinationsleistung auch für die Dauer von bis zu vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung bzw. einer stationären Reha-Maßnahme beansprucht werden (§ 34 Abs. 2 S. 2); zur Berechnung der Höhe bei schwankendem Sachleistungsanteil im Zeitraum vor der stationären Maßnahme vgl. die Berechnungsbeispiele im Rundschreiben § 38 Ziff. 3. Schwierigkeiten bereitet die Berechnung der Kombinationsleistung, wenn gleichzeitig ein Anspruch auf vorrangige Leistungen iSv § 13 Abs. 1 besteht, die wegen ihrer Höhe gem. § 34 Abs. 1 Nr. 2 aber nur teilweise das Ruhen der Leistungen aus der Pflegeversicherung bewirken. Erhält ein Bezieher von Kombinationsleistungen eine **Pflegezulage nach § 35 BVG**, wird diese nicht anteilig auf den Sachleistungs- und den Pflegegeldanteil angerechnet, sondern vollständig auf den Pflegegeldanteil; ihm wird daher nur der Betrag des nach den allgemeinen Regeln ermittelten anteiligen Pflegegeldes ausbezahlt, der den Betrag der Pflegezulage überschreitet (BSG 10.10.2000 – B 3 P 2/00 R, SozR 3–3300 § 34 Nr. 4 S. 23 ff. = BeckRS 2001, 40471).

3. Bindung an die beantragte Kombinationsleistung (S. 3)

- 6 Der Pflegebedürftige soll aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität (vgl. BT-Drs. 12/5952, 40) an seine Entscheidung, in welchem Verhältnis er Pflegesachleistung und Pflegegeld in Anspruch nehmen will, für die Dauer von sechs Monaten gebunden sein (S. 3). Diese Bindung lässt sich schon im Hinblick auf § 48 SGB X dann nicht aufrechterhalten, wenn sich die **Verhältnisse** (zB die Pflegesituation) gegenüber dem Zeitpunkt der Bewilligung der Kombinationsleistung **ändern**. Die Pflegekassen wollen eine vorzeitige Änderung auch dann berücksichtigen, wenn Pflegebedürftige den Umfang der erforderlichen Pflegesachleistung im Voraus nicht einschätzen können. Das anteilige Pflegegeld soll dann jeweils monatlich auf der Grundlage der in Anspruch genommenen Sachleistungen ermittelt und nachträglich ausgezahlt werden (Rundschreiben § 38 Ziff. 2 Abs. 1). Zudem soll die Bindungsfrist nicht zu beachten sein, wenn der Pflegebedürftige nur noch Pflegesachleistung oder Pflegegeld in Anspruch nehmen will (Rundschreiben § 38 Ziff. 2 Abs. 2).

IV. Kombination mit Kurzzeit- oder Verhinderungspflege (S. 4)

Pflegegeldbezieher, die (vorübergehend) stationäre **Kurzzeitpflege** nach § 42 in Anspruch nahmen, waren bis zum PNG mit dem Beginn der stationären Leistung vom Bezug von Pflegegeld ausgeschlossen – und damit auch Kombinationsleistungsempfänger vom Bezug anteiligen Pflegegeldes. Nunmehr lassen § 37 Abs. 2 S. 2 und § 38 S. 4 eine begrenzte Kombination zu: das (anteilige) Pflegegeld wird während der Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte des zuvor gezahlten Betrages weiter gewährt. Die Neuregelung setzt damit voraus, dass vor Beginn der vorübergehenden stationären Versorgung bereits ein Anspruch auf Pflegegeld bestanden hat. Wurde vor Beginn der Kurzzeitpflege eine Kombination von ambulanter Sachleistung und Pflegegeld bezogen, so ist das fortzuzahlende (häufigte) Pflegegeld nach § 38 S. 4 aus dem Anteil der Geldleistung an dieser Kombination zu ermitteln. Auszugehen ist dabei von dem Anteil vor Beginn der Kurzzeitpflege; denn nur in der zuvor geleisteten Höhe wird das anteilige Pflegegeld zur Hälfte weiter gewährt (jurisPK-SGB XI/Wiegand Rn. 24; LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 17). Die gleichen Grundsätze gelten während des Bezugs von Leistungen der **Verhinderungspflege** nach § 39 mit dem Unterschied, dass das hälftige (anteilige) Pflegegeld nur für bis zu sechs Wochen fortgezahlt wird. Dieser Unterschied wird zum 1.7.2025 entfallen (Art. 2a Nr. 7 PUEG), weil von da an auch die Verhinderungspflege bis zu acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden kann (§ 39 Abs. 1 S. 1 idF von Art. 2a Nr. 8 PUEG).

V. Kombination mit stationärer Pflege (S. 5)

Eine Kombination von Leistungsarten kommt auch in Betracht, wenn die Pflege teilweise im häuslichen Bereich und **teilweise stationär** durchgeführt wird. Im Gesetz war insoweit bis zum PNG nur die Kombination von teilstationärer und ambulanter Pflege in § 41 Abs. 3 geregelt. Ein Anspruch auf anteilige Leistungen der häuslichen Pflege (Sachleistung und/oder Pflegegeld) bestand jedoch auch dann, wenn die Pflege teilweise oder sogar überwiegend in einer **Einrichtung iSv § 71 Abs. 4** erbracht wurde. Das Pflegegeld konnte allerdings für die Tage der häuslichen Pflege nicht in voller Höhe in Anspruch genommen werden. Denn das BSG entnahm § 38 S. 2 eine allgemeine Regel, die jede Kombination von pflegerischer Sach- und Geldleistung erfasse – folglich auch die Kombination von häuslicher Pflege und vollstationärer Sachleistung nach § 43a (BSG 13.3.2001 – B 3 P 10/00 R, SozR 3–3300 § 38 Nr. 2 S. 11 = BeckRS 2001, 40833). Daraus folgerten die Pflegekassen später, dass dem Pflegebedürftigen für zu Hause verbrachte Tage nur ein anteiliges Pflegegeld zustehen könne, bei dessen Berechnung als iSv § 38 S. 2 in Anspruch genommene Sachleistung auch die Leistung nach § 43a gelte. Diese Folge hat der Gesetzgeber als unbillig angesehen und im PNG durch die Anfügung des S. 5 an § 38 ausgeschlossen. Hierdurch soll zugleich ein Beitrag zur Stärkung der familiären Pflege geleistet werden (BT-Drs. 17/10170, 16). Der Anspruch auf häusliche Pflege besteht nur für die Zeit, in der der Pflegebedürftige nicht in der Einrichtung, sondern (etwa am Wochenende oder während der Ferien) bei seiner Familie, bei Angehörigen, Freunden etc. gepflegt wird. Dies erfordert eine pro-rata-temporis-Berechnung des anteiligen Anspruchs auf häusliche Pflege und damit auch des Pflegegeldes. Dabei gelten Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege (vgl. § 43a S. 3). Anzuwenden ist § 38 S. 5 ab 1.1.2020 auch bei teilweiser Pflege in **Räumlichkeiten iSv § 71 Abs. 4 Nr. 3**; dass das PSG III in § 38 keine § 43a S. 3 idF ab 1.1.2020 entsprechende Klarstellung aufgenommen hat, ist als redaktionelles Versehen anzusehen.

- 9 Einen anteiligen Anspruch auf häusliche Pflege befürwortet der SpiV der Pflegekassen auch dann, wenn die Pflege teilweise oder überwiegend in einer zugelassenen **vollstationären Pflegeeinrichtung iSv § 71 Abs. 2** durchgeführt wird, daneben aber, etwa am Wochenende, zu Hause erfolgt. In diesen Fällen komme Pflegegeld jedoch entsprechend § 38 S. 2 nur insoweit in Betracht, als die Aufwendungen für die stationären Pflege nach § 43 die in § 36 Abs. 3 vorgesehenen Sachleistungshöchstwerte unterschreiten (Rundschreiben § 37 Ziff. 4 Abs. 1). Einer solchen Kürzung des Pflegegeldes steht § 38 S. 5 nicht entgegen, da diese Vorschrift auf Pflegeeinrichtungen iSv § 71 Abs. 2 weder unmittelbar noch entsprechend anwendbar ist (LPK-SGB XI/Planholz Rn. 19). Die Kürzung steht und fällt aber mit der Annahme, § 38 S. 2 enthalte – über seinen Wortlaut hinaus – eine allgemeine Regel für jede Kombination von Geld- und Sachleistung, die das BSG allerdings für die vollstationäre Pflege in Pflegeheimen (§§ 43, 71 Abs. 2) gerade nicht gelten lassen wollte (BSG 13.3.2001 – B 3 P 10/00 R., SozR 3–3300 § 38 Nr. 2 S. 11 = BeckRS 2001, 40833; vgl. auch BeckOK SozR/Giesbert § 36 Rn. 47).

§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

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

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind,
2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen,
3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfelds sichergestellt werden kann.

²Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Anspruchsvoraussetzungen des Wohngruppenzuschlags (Abs. 1)	5
1. Wohngruppe in gemeinsamer Wohnung (S. 1 Nr. 1)	6
2. Bezug von Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b (S. 1 Nr. 2)	7
3. Gemeinschaftlich beauftragte Präsenzkraft (S. 1 Nr. 3)	8
4. Keine verdeckte stationäre Versorgung (S. 1 Nr. 4)	11
5. Kombination mit Tages- oder Nachtpflege (Abs. 1 S. 2)	14
IV. Datenschutzrechtliche Aspekte (Abs. 2)	15

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch das **PNG mWv** 30.10.2012 eingefügt (vgl. BT- 1
Drs. 17/9369, 40 f.). Im **PSG I** wurde sie mWv 1.1.2015 umfassend neugestaltet:
Die Höhe der Leistung wurde von ursprünglich 200 auf 205 EUR heraufgesetzt.
In der Nr. 1 des Abs. 1 wurden die bisherigen Nr. 1 und 4 zusammengefasst; dabei
wurden die Zahl der Mitglieder einer Wohngruppe begrenzt (höchstens zehn) und
die Bezugnahme auf das (Landes-) Heimrecht gestrichen. An die Stelle der freien
Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen (Abs. 2 aF) als maßgebliches
Abgrenzungskriterium trat das Unterschreiten des für stationäre Wohnformen typi-
schen Versorgungsniveaus (Abs. 1 Nr. 4 nF). Zudem wurden in Abs. 2 Regelungen
über die Datenerhebung durch die Pflegekassen geschaffen (BT-Drs. 18/2909,
41 ff.). Mit dem wenige Tage nach dem **PSG I** erlassenen Gesetz zur besseren Verein-
barkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23.12.2014 (BGBl. I 2462) wurde in
Abs. 1 Nr. 1 mWv 1.1.2015 die Höchstzahl der Mitglieder einer Wohngruppe von
zehn (neben dem Betroffenen neun weitere) auf zwölf (neben dem Betroffenen elf
weitere) erhöht. Durch Art. 2 Nr. 20 **PSG II** wurden mWv 1.1.2017 in Abs. 1 die
Höhe des Wohngruppenzuschlags weiter heraufgesetzt (auf 214 EUR), die Nr. 1–
4 geringfügig geändert und ein neuer S. 2 zur Kombination von ambulanter Pflege
in Wohngruppen mit Angeboten der teilstationären Pflege eingefügt. Auf die
ursprünglich in Abs. 1 S. 1 Nr. 4 geplante Einführung des Begriffs der „anbieterver-
antworteten ambulant betreuten Wohngruppe“ wurde im Laufe des Gesetzgebungs-
verfahrens verzichtet (vgl. BT-Drs. 18/6688, 141). Durch das **PpSG** wurde Abs. 1
S. 1 Nr. 3 zum 1.1.2019 dahingehend präzisiert, dass Aufgabe der Präsenzkraft die
Unterstützung der Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung sein kann.
Abs. 2 S. 1 wurde mWv 26.11.2019 durch das **2. DSAnpUG-EU** an den Sprachge-
brauch der DS-GVO angepasst und Abs. 1 S. 2 mWv 1.1.2020 durch das **MDK-
Reformgesetz** an die Umbenennung des „MDK“ in „MD“. Nach dem durch das
PUEG neu gefassten § 30 Abs. 1 wird sich der Wohngruppenzuschlag zum 1.1.2025
auf 224 EUR erhöhen.

II. Normzweck

- 2 Ziel des mit § 38a eingeführten Wohngruppenzuschlages ist es, die pflegerische Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen und außerhalb des klassischen betreuten Wohnens leistungsfähig besonders zu unterstützen. Durch den Wohngruppenzuschlag will der Gesetzgeber einen weiteren Anreiz für die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen setzen, um die typischerweise kostenintensivere **stationäre Versorgung zu vermeiden**. Zugleich soll angesichts der zunehmenden Singularisierung der Gesellschaft eine neuartige Versorgungsform gefördert werden, die eine **effizientere Organisation der häuslichen Pflege** ermöglichen soll. Der Wohngruppenzuschlag soll keine schlichte Aufstockung der den Mitgliedern von Wohngruppen ohnehin gewährten Leistungen der häuslichen Pflege bewirken, sondern dem besonderen Aufwand für die Organisation von Wohngruppen Rechnung tragen (BSG 18.2.2016 – B 3 P 5/14 R, BSGE 120, 271 Rn. 23 = BeckRS 2016, 69694).
- 3 Die schnelle Änderung der Vorschrift (durch das PSG I) nur zwei Jahre nach ihrer Einführung (durch das PNG) war aus der Sicht des Gesetzgebers notwendig, weil die Pflegekassen die Anspruchsvoraussetzungen in ihrer ursprünglichen Fassung nur unter Schwierigkeiten ermitteln konnten. Dies galt zum einen für die in Abs. 1 Nr. 4 idF des PNG enthaltene Bezugnahme auf „die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften“; dies führte angesichts unterschiedlicher landesrechtlicher Regelungen zwangsläufig zu einer uneinheitlichen Leistungsgewährung. Umsetzungsschwierigkeiten verursachte zum anderen die im ursprünglichen Abs. 2 enthaltene Forderung, dass eine Wohngruppe nur förderungsfähig sei, wenn die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen nicht eingeschränkt sei. Hiermit sollte ein **Gestaltungsmisbrauch verhindert** werden, nämlich die Deklarierung stationärer Pflegeeinrichtungen als ambulante Wohngruppen. Die Neufassung der Vorschrift durch das PSG I unternimmt in Abs. 1 Nr. 4 den Versuch, dieses Ziel mit Kriterien zu erreichen, die aus dem Leistungserbringungsrecht der Pflegeversicherung vertraut sind, wie dem Vergleich mit der Ausgestaltung des Leistungsumfanges in Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 für stationäre Pflege (→ Rn. 12). Weitere, in den Augen des Gesetzgebers zweckwidrige Gestaltungsmöglichkeiten will das PSG II durch die Einschränkung der Kombination von Tages- oder Nachtpflege mit ambulanter Pflege in Wohngruppen (Abs. 1 S. 2) ausschließen (→ Rn. 14).
- 4 § 38a liegt die **versorgungsethische Erwägung** zugrunde, dass gemeinschaftliche Wohnformen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen den Bedürfnissen vieler Pflegebedürftiger entsprechen. Ambulant betreute Wohngruppen ermöglichen es Menschen, die ihren Lebensalltag nicht mehr allein bewältigen können oder möchten, eine gemeinschaftliche Pflege in der Nähe ihres angestammten Wohnumfeldes zu erhalten, was Brüche im sozialen Gefüge der Betroffenen verhindert (BT-Drs. 18/2090, 41). Das gemeinschaftliche Leben in Wohngruppen entspricht nach gerontopsychiatrischen Erkenntnissen offensichtlich in besonderem Maße den Bedürfnissen demenziell erkrankter Menschen. Im Hinblick auf die finanzielle Belastung der Betroffenen und ggf. ihrer Angehörigen (im Falle des Unterhaltsrückgriffs des Sozialhilfeträgers wegen der nicht von der Pflegeversicherung getragenen Kosten) schien bei Einführung des § 38a die ambulante pflegerische Versorgung in Wohngruppen gegenüber der vollstationären Pflege zumindest bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II nachteilig zu sein, weil bei ihnen die Leistungen der häuslichen Pflege im Vergleich zur stationären Versorgung niedriger ausfielen. Die Finanzierungslücke wurde durch den Wohngruppenzuschlag nur geringfügig ausgeglichen. Wurde in die vergleichende Betrachtung jedoch zusätzlich die unterschiedliche Finanzierungsverantwortung für Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege einbezogen, führte die Ambulantisierung bereits damals im Ergebnis zu einer

geringeren finanziellen Belastung des Pflegebedürftigen. Hieraus ergab sich ein Anreiz für Leistungserbringer, stationäre Einrichtungen durch bauliche Veränderungen in Wohngruppen umzuwandeln. Der **Anreiz für eine Ambulantisierung** hat sich seither noch weiter verstärkt. Bereits die Leistungsverbesserungen durch das PSG I haben dazu geführt, dass die kumulierten Leistungsansprüche bei häuslicher Pflege inzwischen den maximalen Leistungsanspruch deutlich überschreiten (näher dazu Schölkopf/Hoffer NZS 2015, 521 (523)). Auf diese Rahmenbedingungen stellen sich die Leistungserbringer zunehmend ein und entwickeln Wohnformen, die lediglich bei formaler Betrachtungsweise dem ambulanten Bereich zugeordnet werden können, in ihrem Ergebnis aber einer stationären Vollversorgung entsprechen (Opolony NZS 2017, 409 (411 f.)). Einer solchen Tendenz sollen die in Abs. 1 S. 1 Nr. 4 und Abs. 1 S. 2 enthaltenen Regelungen entgegenwirken (vgl. BT-Drs. 18/2909, 41; BT-Drs. 18/5926, 125).

Das **BSG** leitet aus Sinn und Zweck des § 38a die Notwendigkeit einer **weiten** **Auslegung** ab. Das Ziel des Wohngruppenzuschlags erblickt es allein darin, den Wünschen der Pflegebedürftigen entsprechend die Rahmenbedingungen für neue Wohn- und Betreuungsformen im ambulanten Bereich – auch in finanzieller Hinsicht – deutlich zu verbessern (BSG 10.9.2020 – B 3 P 1/20 R, SozR 4–3300 § 38a Nr. 3 Rn. 16 f. = BeckRS 2020, 33206). Durch die auf diesen reduzierten Normzweck gestützte weite Normauslegung des BSG wird die im Gesetzestext mehrfach hervorgehobene Gemeinschaftlichkeit beiseitegeschoben (→ Rn. 6a, → Rn. 8, → Rn. 12a), wodurch die Konturen der Wohnform verschwimmen, die von § 38a gefördert werden soll (kritisch auch Reimer SGB 2021, 580 ff.; Brose SGB 2020, 723 ff.). Die Förderung ist indes kein Selbstzweck, sondern selbst rechtefertigungsbedürftig (vgl. Krauskopf/Sieper Rn. 7 f.). Dies zumal es bei der Gewährung des Wohngruppenzuschlags nicht allein um die Bewilligung eines eher bescheidenen Geldbetrages geht, sondern mehr noch um die Zuordnung zur ambulanten Pflege mit ihrem attraktiven, die stationäre Pflege inzwischen weit überschreitenden Gesamtleistungspaket (Udsching jurisPK-SozR 6/2019 Anm. 4). Es ist daher daran zu erinnern, dass Sinn und Zweck des § 38a nicht die Förderung irgendwelcher „neuer Wohnformen“ ist, sondern die **Förderung gemeinschaftlicher Wohnformen**, die sich von (anderen) ambulanten Wohnformen durch das gemeinsame Zusammenleben mehrerer Pflegebedürftiger abheben und von der stationären Pflege dadurch unterscheiden, dass die Versorgung nicht in einer fremdbestimmten Umgebung stattfindet, sondern wesentlich auf gemeinschaftlicher Gestaltung und eigenen Beiträgen der Bewohner beruht.

III. Anspruchsvoraussetzungen des Wohngruppenzuschlags (Abs. 1)

Der Zuschlag iHv 214 EUR (ab 1.1.2025: 224 EUR; vgl. § 30 Abs. 1) steht Pflegebedürftigen – auch des Pflegegrades 1 (vgl. § 28a Abs. 1 Nr. 3) – zu, die zusammen mit anderen Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung häuslich pflegerisch versorgt werden. Die Leistung wird zusätzlich gewährt neben Pflegesachleistung bzw. Pflegegeld, die bis zur jeweiligen Höchstgrenze, uU auch kombiniert (Verweis auf § 38), in Anspruch genommen werden können, sowie zudem neben den Unterstützungsangeboten nach § 45a bzw. dem Entlastungsbetrag nach § 45b. Es handelt sich um eine **Pauschalleistung**, die keinen Verwendungsnachweis erfordert. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass sie zweckgebunden für die Organisation sowie die Sicherstellung der gemeinschaftlichen pflegerischen Versorgung verwendet wird (BT-Drs. 17/9369, 41). Vorausgesetzt wird daher, dass in der Wohngruppe eine Person tätig ist, die unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben

fördernde Tätigkeiten verrichtet oder bei der Haushaltsführung unterstützt (sog. Präsenzkraft).

1. Wohngruppe in gemeinsamer Wohnung (S. 1 Nr. 1)

- 6 Die Wohngruppe muss aus mindestens zwei und darf aus höchstens elf weiteren Personen (dh insgesamt drei bis zwölf) Personen bestehen, von denen mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig (dh mindestens dem Pflegegrad 1 zugeordnet) sind (Abs. 1 S. 1 Nr. 1). Ursprünglich sah die Vorschrift für die **Zahl der Wohngruppenmitglieder** lediglich eine Untergrenze vor; eine Obergrenze wurde erst im PSG I eingeführt und im Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (→ Rn. 1) wenige Tage später wieder geändert; auch hierdurch soll eine Abgrenzung gegenüber stationären Einrichtungen erreicht werden. Es ist unschädlich, wenn neben drei Pflegebedürftigen noch weitere Personen in der Wohnung leben. Sinkt die Zahl der berücksichtigungsfähigen Bewohner unter drei, etwa durch Umzug, Wegfall der Pflegebedürftigkeit, Verlust des Leistungsanspruchs nach den §§ 36 ff. oder Tod, so verlieren die restlichen Bewohner den Anspruch. Eine vorübergehende Abwesenheit eines Wohngruppenmitglieds (zB wegen Krankenhausaufenthalts, medizinischer Reha- oder Vorsorgemaßnahme) ist unschädlich. Von der Wohngruppe unterscheidet das BSG die **Wohngemeinschaft**. Während alle in der gemeinsamen Wohnung zusammenlebenden Personen die Wohngemeinschaft bilden, kann die Wohngruppe nur einen Teil dieses Personenkreises umfassen. Eine Wohngemeinschaft kann sogar aus mehreren Wohngruppen bestehen. Die Begrenzung der Mitgliederzahl auf höchstens zwölf Personen gilt allerdings auch für die im Gesetz nicht erwähnte Wohngemeinschaft (BSG 10.9.2020 – B 3 P 2/19 R, SozR 4–3300 § 38a Nr. 4 Rn. 24 = NZS 2021, 846). Auf die Höchstzahl sind auch nicht pflegebedürftige Mitglieder der Wohngemeinschaft anzurechnen (Krauskopf/Sieper Rn. 24).

- 6a Vorausgesetzt wird ein Zusammenleben in einer **gemeinsamen Wohnung**. Eine solche stellt auf jeden Fall eine abgeschlossene Wohneinheit dar, in der Gemeinschaftsräume (zB Küche, Sanitärbereich, Aufenthaltsraum) von allen Bewohnern genutzt werden können (BSG 18.2.2016 – B 3 P 5/14 R, BSG 120, 271 Rn. 20 = BeckRS 2016, 69694). Umstritten war, ob eine gemeinsame Wohnung auch dann bestehen kann, wenn die Pflegebedürftigen in einer Wohnanlage jeweils eine eigene komplett ausgestattete Wohnung bewohnen und daher die elementaren Bedürfnisse im Tagesablauf auch ohne Nutzung von Gemeinschaftseinrichtungen befriedigt werden können. Dies ist nach der **weiten Auslegung** möglich, für die sich das BSG entschieden hat. Danach liegt eine gemeinsame Wohnung auch dann vor, wenn die Wohnanlage so gestaltet ist, dass sie die Möglichkeit eines gemeinschaftlichen Zusammenlebens in Gemeinschaftsräumen tatsächlich in nennenswertem Umfang zulässt; die Möglichkeit der Nutzung rein funktionaler Einrichtungen genügt nicht (BSG 10.9.2020 – B 3 P 1/20 R, SozR 4–3300 § 38a Nr. 3 Rn. 17 ff. = BeckRS 2020, 33206). Das BSG sieht seine weite Auslegung durch den Normzweck gerechtfertigt, gemeinschaftliches Wohnen unter Wahrung einer angemessenen Privatsphäre zu fördern. Unverständlich ist, soweit das BSG in diesem Zusammenhang betont, dass nur Wohnformen, die faktisch einer stationären Vollversorgung entsprächen, aus der Förderung ausgeschlossen seien. Denn die (Möglichkeit der) Nutzung von Gemeinschaftseinrichtungen, die laut BSG das Mindestmerkmal einer gemeinsamen Wohnung ist, ist der stationäre Pflege nicht fremd, sondern kennzeichnet diese. Allerdings setzt auch nach der weiten Auslegung des BSG eine gemeinsame Wohnung einen engen räumlichen Zusammenhang, insbesondere einen eigenen, abschließbaren Zugang vom Freien, von einem Treppenhaus oder einem Vorraum voraus; Gemeinschaften von Pflegebedürftigen in der Nachbarschaft fallen nicht

unter Abs. 1 S. 1 Nr. 1 (BSG 10.9.2020 – B 3 P 1/20 R, SozR 4–3300 § 38a Nr. 3 Rn. 16 = BeckRS 2020, 33206).

Zweck des Zusammenlebens muss die **gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung** sein. Dabei schließt die verlangte Gemeinschaftlichkeit fremdorganisierte Wohngruppen nicht aus (→ Rn. 11). Das Zusammenleben in einem **Familienverbund** scheidet dagegen nach Auffassung der Pflegekassen aus, weil durch den Zuschlag nur die selbstorganisierte Versorgung innerhalb einer Wohngruppe gefördert werden sollte (Rundschreiben § 38a Ziff. 2.2). Letzteres lässt sich allenfalls mittelbar aus Abs. 1 S. 1 Nr. 3 (Notwendigkeit einer Präsenzkraft) ableiten. Das BSG geht davon aus, dass die Familie selbst keine Wohngruppe ist, weil es ihr an der von § 38a vorausgesetzten organisierten Struktur der pflegerischen Versorgung fehlt. Familienverbünde sind aber nicht generell vom Wohngruppenzuschlag ausgeschlossen, sondern können diesen erhalten, wenn in ihnen eine Präsenzkraft gemeinschaftliche Aufgaben über die individuelle häusliche Versorgung der Mitglieder hinaus übernimmt (BSG 18.2.2016 – B 3 P 5/14 R, BSGE 120, 271 Rn. 11, 15 ff. = BeckRS 2016, 69694). Erforderlich ist, dass das Zusammenleben wesentlich der pflegerischen Versorgung dient und nicht nur Ausdruck familiärer Verbundenheit ist, was bei (Wieder-)Aufnahme eines pflegebedürftigen Angehörigen in den Familienhaushalt eher anzunehmen ist als bei einem weiteren Aufenthalt des Angehörigen im Familienhaushalt nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit (BeckOK SozR/Giesbert Rn. 15).

2. Bezug von Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b (S. 1 Nr. 2)

Mindestens drei Bewohner der Wohngruppe müssen entweder eine oder mehrere der folgenden Leistungsarten in Anspruch nehmen: Pflegesachleistungen nach § 36, Pflegegeld nach § 37, Kombinationsleistungen nach § 38, Unterstützungsangebote nach § 45a oder den Entlastungsbetrag nach § 45b beziehen. Das bloße Bestehen eines Anspruchs auf eine dieser Leistungen genügt nicht. Vielmehr muss die Leistung auch **tatsächlich in Anspruch genommen** werden. Hiervon macht das Gesetz allein in § 28a Abs. 1 Nr. 3 bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 eine Ausnahme (vgl. BT-Drs. 18/9518, 67 f.). Darüber hinaus soll aber nach Auffassung der Pflegekassen der Bezug einer der Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45a, 45b entbehrlich sein, wenn der Anspruch auf die Leistung ruht, weil der Betroffene vorrangige Pflegeleistungen aus anderen Leistungssystemen, zB nach BVG oder aus der gesetzlichen Unfallversicherung, erhält (Rundschreiben § 38a Ziff. 2.3).

3. Gemeinschaftlich beauftragte Präsenzkraft (S. 1 Nr. 3)

Die Mitglieder der Wohngruppe müssen gemeinschaftlich eine Person beauftragt haben, die organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichtet oder bei der Haushaltsführung unterstützt (sog. **Präsenzkraft**). Durch die gemeinschaftliche Beauftragung einer Präsenzkraft und die Festlegung ihres konkreten Aufgabenkreises wird der spezifische Zweck der Wohngruppe – die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung – nach außen hin objektiviert (BSG 18.2.2016 – B 3 P 5/14 R, BSGE 120, 271 Rn. 21, 35 = BeckRS 2016, 69694). Zugleich ermöglicht die Notwendigkeit einer gemeinschaftlichen Beauftragung eine bessere Überprüfbarkeit der Verwendung des Zuschlags auch durch die Mitglieder der Wohngruppe. Die Mitglieder der Wohngruppe müssen eine bestimmte, namentlich benannte **natürliche Person** (vgl. Abs. 2 S. 1 Nr. 3) als Präsenzkraft nicht nur gemeinschaftlich auswählen, sondern auch gemeinschaftlich beauftragen. Die Pflegekassen lassen es zu, dass die Präsenzkraft bei einem der Pflegedienste beschäftigt ist, der die pflegerische Versorgung für

eines oder mehrere der Wohngruppenmitglieder erbringt (Rundschreiben § 38a Ziff. 2.4). Dies hält auch das BSG für möglich (BSG 18.2.2016 – B 3 P 5/14 R, BSGE 120, 271 Rn. 29 = BeckRS 2016, 69694). Es darf aber nicht dazu führen, dass der Pflegedienst eine Vollversorgung erbringt, wie sie zum Leistungsumfang stationärer Pflegeeinrichtungen gehört (Abs. 1 S. 1 Nr. 4). Nach Auffassung des BSG können die Wohngruppenmitglieder nicht nur mehrere Personen, sondern auch eine **juristische Person** beauftragen. Ist eine juristische Person beauftragt, muss diese durch namentlich benannte natürliche Personen die Aufgaben einer Präsenzkraft erfüllen lassen, die von den Aufgaben zur pflegerischen Versorgung zu trennen sind (BSG 10.9.2020 – B 3 P 3/19 R, SozR 4–3300 § 38a Nr. 5 Rn. 17 ff. = BeckRS 2020, 33208). Diese weite Auslegung des BSG ist alles andere als zwingend, weil sie nicht nur – anders als in der früheren Rspr (BSG 18.2.2016 – B 3 P 5/14 R – BSGE 120, 271 Rn. 28 = BeckRS 2016, 69694) – die Regelungen in Abs. 2 für völlig unbeachtlich hält, sondern auch die Regelungsgeschichte von Abs. 1 S. 1 Nr. 3 nur verkürzt wiedergibt. Denn das PSG I wollte mit der Ersetzung des Begriffs der „Pflegekraft“ durch denjenigen der „Person“ nur die vorher bestehenden Unsicherheiten über deren Qualifikation ausräumen (näher dazu Krauskopf/Sieper Rn. 31). Dies geschah offenkundig in Anlehnung an den Begriff der „Pflegeperson“ (vgl. dazu → § 19 Rn. 5), der auf natürliche Personen beschränkt ist, aber nicht passte, weil Aufgabe der Präsenzkraft gerade nicht (mehr) die pflegerische Versorgung sein sollte (dazu → Rn. 9). Um Mitnahmeeffekte zu verhindern, sah sich das BSG jedoch genötigt, für beauftragte juristische Personen zusätzliche Anforderungen (Benennung von Präsenzkraften, Trennung deren Aufgaben) zu entwickeln, die so im Gesetz nicht erwähnt sind. Trotz dieser Annäherung an die Situation bei der Beauftragung natürlicher Personen führt die Auslegung des BSG zu einer Zurückdrängung der die Wohnform kennzeichnenden Gemeinschaftlichkeit (vgl. dazu Brose SGB 2020, 723 ff.).

8a Die **gemeinschaftliche Beauftragung** ist die mit den Mitgliedern der Wohngruppe abgeschlossene vertragliche Grundlage der Tätigkeit der Präsenzkraft (Krauskopf/Sieper Rn. 32). Weder an ihre Form noch an ihr Zustandekommen stellt das Gesetz besondere Anforderungen. Daher bedarf die Beauftragung nicht der Schriftform und kann in separat abgeschlossenen Vereinbarungen erfolgen. Im Falle des Wechsels von Mitgliedern der Wohngruppe genügt die Genehmigung der Beauftragung durch schlüssiges Verhalten (BSG 10.9.2020 – B 3 P 2/19 R, SozR 4–3300 § 38a Nr. 4 Rn. 22 f. = NZS 2021, 846). Da zwischen Wohngruppe und Wohngemeinschaft zu unterscheiden ist (→ Rn. 6), müssen an der Beauftragung nicht sämtliche Bewohner der gemeinsamen Wohnung mitwirken; vielmehr genügen drei pflegebedürftige Bewohner, die insoweit eine Wohngruppe innerhalb der Wohngemeinschaft bilden. Denkbar ist sogar die Beauftragung einer anderen Präsenzkraft durch andere Mitglieder der Wohngemeinschaft, weil in dieser mehrere Wohngruppen bestehen können (BSG 10.9.2020 – B 3 P 2/19 R, SozR 4–3300 § 38a Nr. 4 Rn. 24 f. = NZS 2021, 846).

9 Dem Gesetzgeber ging es bei der Festlegung der **Aufgaben und Stellung der Präsenzkraft** vor allem darum, dass innerhalb der Wohngruppe das zentrale Merkmal einer ambulanten Versorgung erkennbar bleibt, dass nämlich regelhaft Beiträge der Bewohner selbst, ihres persönlichen sozialen Umfelds oder von bürgerschaftlich Tätigen zur Versorgung notwendig bleiben. Sei dies nicht vorgesehen, bestehe keine mit der häuslichen Pflege vergleichbare Situation. Im Gesetzgebungsverfahren zum PSG I (BT-Drs. 18/2909, 41) wurde deutlich gemacht, dass die wesentliche Aufgabe der Präsenzkraft nicht darin bestehen soll, durch von ihr selbst erbrachte pflegerische Maßnahmen die pflegerische Grundversorgung dauerhaft sicher zu stellen. Während im Zuge des PNG als Aufgabenspektrum der Präsenzkraft noch pflegerische Tätigkeiten genannt worden waren (BT-Drs. 17/10170, 16), betonte der Gesundheitsausschuss im Rahmen des PSG I (BT-Drs. 18/2909, 41), dass die Präsenzkraft Aufgaben

übernehmen müsse, die nicht zum üblichen Leistungskatalog des § 36 zählen. Das PSG I hat dementsprechend in Nr. 3 das Tätigkeitsfeld einer Präsenzkraft eingeeignet, wobei es genügt, wenn diese eine der dort alternativ aufgeführten Aufgaben übernimmt (BSG 18.2.2016 – B 3 P 5/14 R, BSGE 120, 271 Rn. 24 = BeckRS 2016, 69694). Zwingend erforderlich ist die Festlegung konkreter Aufgaben der Präsenzkraft, damit sich diese deutlich von der pflegerischen Versorgung unterscheiden lassen. Unschädlich ist, wenn die Präsenzkraft neben diesen klar bestimmten Aufgaben einzelne pflegerische Leistungen übernimmt (BSG 10.9.2020 – B 3 P 3/19 R, SozR 4–3300 § 38a Nr. 5 Rn. 26 = BeckRS 2020, 33208). Im Hinblick auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten führt Nr. 3 in der Fassung des PpSG ausdrücklich die Leistung „Unterstützung bei der Haushaltsführung“ auf. Als Unterstützung ist insoweit nicht die vollständige Übernahme einer Tätigkeit anzusehen; „Unterstützung“ setzt vielmehr eine Einbeziehung des Pflegebedürftigen voraus. Sie kann vorliegen bei einer teilweisen Übernahme oder auch bei der Beaufsichtigung der Ausführung von Verrichtungen oder der Anleitung zu deren Selbstvornahme; beispielsweise beim gemeinschaftlichen Kochen. Eine Reinigungskraft oder eine Kraft, die nur hauswirtschaftliche Tätigkeiten selbst erbringt, ohne die Mitglieder der Wohngruppe in die Tätigkeiten einzubeziehen, erfüllt dagegen nicht die Voraussetzung der „Unterstützung bei der Haushaltsführung“. Weil das Gesetz ausdrücklich verlangt, dass die Unterstützung den „Wohngruppenmitgliedern“ zu leisten ist, liegt sie nicht vor, wenn die Bewohner wegen schwerer Erkrankung zur aktiven Mitwirkung an der Haushaltsführung nicht in der Lage sind (BayLSG 13.7.2020 – L 4 P 27/18, BeckRS 2020, 16287 Rn. 33).

Die Präsenzkraft muss **nicht rund um die Uhr**, aber doch regelmäßig täglich **10** in der Wohngruppe anwesend sein; eine bloße Rufbereitschaft reicht nicht aus (BeckOK SozR/Giesbert Rn. 17). An die **Qualifikation der Präsenzkraft** stellt das Gesetz keine Anforderungen. Bei der Präsenzkraft muss es sich nicht um eine ausgebildete Pflegefachkraft handeln; sie ist dann allerdings auch auf die ihrer Qualifikation entsprechenden Tätigkeitsbereiche beschränkt (BT-Drs. 17/10170, 16). Da der Wohngruppenzuschlag nicht als Sachleistung konzipiert ist, bedarf die Präsenzkraft **keiner Zulassung** durch die Pflegekassen. Auch die erwerbsmäßige Tätigkeit als Präsenzkraft ist nicht Personen vorbehalten, die aufgrund eines Versorgungs-, Einzel- oder Arbeitsvertrages für die Pflegekassen pflegerisch tätig werden dürfen (vgl. § 36 Abs. 4 S. 2 und 3). Familien- oder Haushaltsangehörige von Wohngruppenmitgliedern dürfen jedoch für ihre Tätigkeit als Präsenzkraft kein Entgelt, sondern lediglich eine finanzielle Anerkennung erhalten (vgl. BSG 18.2.2016 – B 3 P 5/14 R, BSGE 120, 271 Rn. 25 ff. = BeckRS 2016, 69694). Ohnehin kann ein Familienangehöriger nur dann Präsenzkraft sein, wenn ihm durch die Beauftragung Aufgaben übertragen werden, die ihm nicht bereits aufgrund anderer Rechtspflichten obliegen (LSG Nds-Brem 27.10.2022 – L 12 P 54/20, BeckRS 2022, 38730 Rn. 27).

4. Keine verdeckte stationäre Versorgung (S. 1 Nr. 4)

Das PNG hatte bei Einführung des § 38a in erster Linie die von ihren Mitgliedern **11** selbst organisierte Wohngruppe vor Augen; die Vorschrift erfasst jedoch von Anfang an **auch fremdorganisierte Wohngruppen** (vgl. BSG 18.2.2016 – B 3 P 5/14 R, BSGE 120, 271 Rn. 18 = BeckRS 2016, 69694), diese allerdings nur unter Einschränkungen, um stationäre Wohnformen von der Förderung auszuschließen. Bereits bei Einführung des Wohngruppenzuschlags im PNG enthielt § 38a seinerzeit in Abs. 2 eine Regelung, durch die eine Förderung von Wohnformen verhindert werden sollte, bei denen es sich faktisch um Formen stationärer Versorgung handelt (zu den Anreizen für eine Ambulantisierung stationärer Einrichtungen vgl. → Rn. 4). Dies sollte dadurch erreicht werden, dass der Anspruch auf einen Wohn-

gruppenzuschlag für den Fall ausgeschlossen war, dass die **freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen** durch die Mitglieder der Wohngruppe, durch den „Betreiber“ der ambulanten Versorgung bzw. den „Vermieter“ der Wohnung rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt wurde; etwa dadurch, dass im Wohnraummietvertrag die Inanspruchnahme eines bestimmten ambulanten Pflegedienstes vereinbart wurde oder wenn die Wohngruppe von einem ambulanten Pflegedienst organisiert wurde und die Inanspruchnahme von Pflegekräften, die nicht bei diesem Träger beschäftigt sind, mit so erheblichen Nachteilen verbunden ist, dass die Wahlmöglichkeit faktisch nicht besteht.

- 12 Im PSG I wurde das Kriterium „freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen“ gestrichen und durch eine **Abgrenzung von der für stationäre Wohnformen typischen Vollversorgung** ersetzt. Dabei stellt Abs. 1 S. 1 Nr. 4 maßgeblich auf Kriterien aus dem Leistungserbringungsrecht ab: Wenn derjenige, der die Wohnung vermietet und/oder pflegerische Dienstleistungen anbietet, Leistungen verspricht, deren Umfang weitgehend demjenigen entspricht, der im maßgebenden Rahmenvertrag für die stationäre Pflege vereinbart ist, handelt es sich nicht um eine förderfähige Wohngruppe iSv § 38a. Der Verweis auf die Rahmenverträge ist indes nur begrenzt hilfreich, solange sich diese nicht damit beschäftigen, worin sich das **Versorgungsniveau** in stationären Wohnformen von demjenigen in der ambulanten Pflege unterscheidet. Allerdings sind die Rahmenvertragsparteien ohnehin nur zu einer der gesetzlichen Vorgaben konkretisierenden Ausgestaltung der Leistungserbringung berechtigt. Dem Gesetz lässt sich entnehmen, dass in einer ambulanten Wohnform den Bewohnern keine Vollversorgung angeboten oder bereitgestellt werden darf. Eine Vollversorgung wird dann angenommen werden können, wenn die vollständige Übernahme sämtlicher pflegerischer Maßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung vereinbart und darüber hinaus keine Einbringung der Bewohner oder ihres sozialen Umfelds in den Alltag vorgesehen ist (Rundschreiben § 38a Ziff. 2.5). Wie aus dem 2. Hs. von Abs. 1 S. 1 Nr. 4 hervorgeht, ist es prägend für ambulante Wohnformen, dass die Versorgung auch durch aktive Einbindung eigener Ressourcen der Bewohner und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt wird. Ob die Wohngruppe das für stationäre Wohnformen typische Versorgungsniveau unterschreitet, ergibt sich aus einer **Gesamtchau aller** ihren Mitgliedern angebotenen oder bereitgestellten **Leistungen**. Dies gilt auch dann, wenn die Leistungen von mehreren Personen, Stellen oder Unternehmen angeboten werden. Denn entscheidend ist, ob in der Wohngruppe die Gesamtversorgung der Bewohner regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend dem Versorgungsniveau in einer vollstationären Pflegeeinrichtung entspricht.

- 12a Das **BSG** hat zur Abgrenzung von stationären Versorgungsformen kaum beigetragen. Es hält weniger die rechtliche oder personelle Gestaltung auf der Anbieterseite als den Umfang der den Pflegebedürftigen zu gewährleistenden Leistungen für abgrenzungsrelevant. Dieser soll einem vollstationären Leistungsumfang „entsprechen“, aber nicht **„weitgehend entsprechen“** dürfen (BSG 26.3.2021 – B 3 KR 14/19 R, BSGE 132, 77 Rn. 37 = BeckRS 2021, 18079). Dies ist zumindest unglücklich formuliert, weil im Allgemeinen unter „Entsprechen“ das „vollständige Entsprechen“ und folglich unter „weitgehend Entsprechen“ ein Weniger und nicht ein Mehr als unter „Entsprechen“ verstanden wird. Richtigerweise muss sich die Wohnform deutlich von der vollstationären Versorgung unterscheiden, damit kein nach Abs. 1 S. 1 Nr. 4 schädliches „weitgehendes Entsprechen“ vorliegt. Ein Gesichtspunkt kann dabei sein, inwieweit den pflegebedürftigen Bewohnern für die Ausgestaltung ihrer Versorgung **Wahlmöglichkeiten** verbleiben. Bedenklich ist allerdings die Auffassung des BSG, dass eine ambulante Versorgungsform (schon) dann vorliegt, wenn keine vollständige Übertragung der Verantwortung ohne freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen erfolgt, sondern die Versorgung auf die Übernahme von Aufgaben durch Dritte angelegt ist, unabhängig davon, ob

auch tatsächlich davon in bestimmter Weise Gebrauch gemacht wird (BSG 10.9.2020 – B 3 P 2/19 R, SozR 4–3300 § 38a Nr. 4 Rn. 29 = NZS 2021, 846). Bedenklich ist daran nicht, dass das vom Gesetzgeber aufgelegene Kriterium der freien Wählbarkeit wieder eingeführt wird (vgl. BeckOK SozR/Giesbert Rn. 30). Bedenklich ist vielmehr, dass der Gesetzestext in sein Gegenteil verkehrt wird. Denn während nach dem BSG nicht erst die Notwendigkeit, sondern schon die Möglichkeit eigener Beiträge der Bewohner genügen soll, ist nach dem Gesetzestext nicht erst die Gewährleistung, sondern schon das Angebot einer Vollversorgung schädlich („Leistungen anbietet oder gewährleistet, die ...“). Und an der tatsächlichen Gewährleistung einer Vollversorgung vermag die bloße Möglichkeit von Eigenbeiträgen nichts zu ändern; ebenso wenig wird das Angebot einer Vollversorgung durch die Erbringung einzelner Eigenbeiträge in Frage gestellt. Richtigerweise müssen daher **regelhafte Beiträge der Bewohner** oder ihres sozialen Umfelds zur Versorgung **notwendig** bleiben (BT-Drs. 18/2909, 42); nur wenn die Versorgung planmäßig auf die Übernahme von Aufgaben durch die Bewohner, ihr Umfeld oder bürgerschaftlich Tätige angelegt ist, kann es nicht darauf ankommen, inwieweit hiervon tatsächlich Gebrauch gemacht wird (Krauskopf/Sieper Rn. 18).

Der RegE zum PSG II wollte in Abs. 1 S. 1 Nr. 4 den Begriff der „**anbieterver-** **antworteten ambulant betreuten Wohngruppe**“ einführen (BT-Drs. 18/5926, 35, 125). Auf Intervention des Bundesrates wurde darauf verzichtet, um Friktionen mit dem (Landes-) Heimrecht zu vermeiden, in dem dieser Begriff bereits mit anderem Bedeutungsgehalt verwandt wird (BT-Drs. 18/6182, 14; 18/6688, 141). Dennoch hat sich der Begriff in der Pflegeversicherung längst eingebürgert. Er ist allerdings nicht unproblematisch: Denn trägt die Anbieter die Gesamtverantwortung für die tägliche Lebensführung in der Wohngruppe oder auch nur für die pflegerische Versorgung ihrer Mitglieder, handelt es bei der Wohngruppe um eine stationäre Wohnform (vgl. BSG 25.2.2015 – B 3 KR 11/14 R, BSGE 118, 122 Rn. 23 = BeckRS 2015, 68970). Soweit es seit dem PSG II in Abs. 1 S. 1 Nr. 4 heißt, dass „keine Versorgungsform **einschließlich teilstationärer Pflege**“ mit einem für stationäre Wohnformen typischen Versorgungsniveau vorliegen darf, bedeutet dies, dass in die erforderliche Gesamtschau (→ Rn. 12) auch Leistungen der teilstationären Pflege einzubeziehen sind – und dies, obwohl sie außerhalb der Wohngruppe durchgeführt werden.

5. Kombination mit Tages- oder Nachtpflege (Abs. 1 S. 2)

Die Kombination von Tages- oder Nachtpflege mit pflegerischen Leistungen in Wohngruppen kann zu einer Gesamtversorgung wie in einer stationären Wohnform führen. Dass daher teilstationäre Leistungen in die gebotene Gesamtschau aller den Wohngruppenmitgliedern angebotenen oder bereitgestellten Leistungen einzubeziehen sind, hat das PSG II in der Nr. 4 des Abs. 1 klargestellt (→ Rn. 13). Darüber hinaus soll der ebenfalls durch das PSG II an Abs. 1 angefügte S. 2 Kombinationen von Tages- oder Nachtpflege mit ambulanter Pflege in Wohngruppen ohne erkennbaren Zusatznutzen den Boden entziehen, ohne den Wohngruppenmitgliedern den Zugang zu teilstationären Leistungen ganz zu verschließen (BT-Drs. 18/5926, 125). Dabei engt Abs. 1 S. 2 die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme teilstationärer Pflege ein: Während nach § 41 S. 1 die Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege genügt (vgl. → § 41 Rn. 5), macht § 38a Abs. 1 S. 2 den Anspruch davon abhängig, dass die Pflege in der Wohngruppe anders nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Zudem kann das Vorliegen dieser **engeren Voraussetzungen** nur über eine **Prüfung des MD** nachgewiesen werden. Dabei hat der MD nicht nur zu prüfen, ob der betreffende Pflegebedürftige in der Wohngruppe alle von ihm individuell benötigten pflegerischen Leistungen in ausreichendem Umfang erhält. Vielmehr sind bei der Prüfung auch alle anderen durch Präsenzkraft, Pflegekräfte

und Pflegepersonen erbrachten Leistungen sowie ein etwaiger Entlastungsbedarf anderer Mitglieder der Wohngruppe (zB bei Störungen des Tages- und Nachtrhythmus) zu berücksichtigen (BT-Drs. 18/5926, 125). Gegenstand der Prüfung wird auch sein, ob durch die Kombination mit Tages- oder Nachtpflege die Gesamtversorgung der Wohngruppenmitglieder das für stationäre Wohnformen typische Niveau erreicht.

IV. Datenschutzrechtliche Aspekte (Abs. 2)

- 15 Die Mitglieder der Wohngruppe müssen das Vorliegen der in Abs. 1 aufgeführten Leistungsvoraussetzungen gegenüber ihrer Pflegekasse nachweisen. Abs. 2 ermächtigt die Pflegekasse, die erforderlichen Daten zu verarbeiten. Hierzu zählen auch Angaben über die Person der Präsenzkraft, die uU von dieser zu machen sind, sowie die Vorlage der mit der Wohngruppe geschlossenen Vereinbarung. Die Pflegekasse ist zudem berechtigt, den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung sowie den Pflegevertrag nach § 120 anzufordern. Abs. 2 verdrängt nicht die allgemeinen Regelungen über die Datenverarbeitung durch die Pflegekassen in den §§ 93 ff., sondern ergänzt diese nur (BeckOGK/Leitherer Rn. 20). So ist § 97 Abs. 1 Grundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch den MD bei der in § 38a Abs. 1 S. 2 vorgesehenen Prüfung.

[Fassung § 39 bis 30.6.2025:]

§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

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

(2) ¹Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. ²Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet. ³Auf den in Satz 1 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 806 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

(3) ¹Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten. ²Wird die Ersatzpflege von den in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, können sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Satz 1 auf den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 belaufen; Absatz 2 findet Anwen-

dung. ³Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. ⁴Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.

(4) ¹Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, die einen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 oder 5 pflegt, der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, übernimmt die Pflegekasse abweichend von Absatz 1 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. ²Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. ³In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Absatz 3 Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. ⁴In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 abweichend von Absatz 2 sowie Absatz 3 Satz 2 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. ⁵Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.

(5) In dem in Absatz 4 Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von § 37 Absatz 2 Satz 2 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt sowie abweichend von § 38 Satz 4 die Hälfte eines vor Beginn der Verhinderungspflege bezogenen anteiligen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt.

[Fassung § 39 ab 1.7.2025:]

§ 39 Verhinderungspflege

(1) ¹Ist eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für den Pflegebedürftigen für längstens acht Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. ²Eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege ist nicht erforderlich. ³Auf welche Höhe sich die Kostenübernahme für die Ersatzpflege durch die Pflegekasse belaufen darf, bestimmt sich nach den Absätzen 2 und 3.

(2) Wird die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse für die Kostenübernahme je Kalenderjahr höchstens bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen.

(3) ¹Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr höchstens bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird. ²Wird die Ersatzpflege von diesen Personen nicht erwerbsmäßig ausgeübt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten. ³Auf Nachweis können von der Pflegekasse bei einer Ersatzpflege nach Satz 2 notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, auch über diesen Betrag hinaus übernommen werden. ⁴Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 2 und 3 zusammen dürfen im Kalenderjahr den Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a nicht übersteigen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Voraussetzungen der Verhinderungspflege	5
IV. Art und Inhalt der Leistung	8
V. Leistungsumfang bei Fremdpflege (Abs. 1 S. 1 und 3)	12
VI. Leistungsumfang bei Angehörigenpflege (Abs. 3)	14
VII. Erhöhung um Mittel der Kurzzeitpflege (Abs. 2)	18
VIII. Verhältnis zu anderen Leistungsarten	19
IX. Sonderregelung für jüngere Pflegebedürftige (Abs. 4 und 5)	21

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.4.1995 durch Art. 1 **PflegeVG** eingeführt worden (vgl. BT-Drs. 12/5262, 113; BT-Drs. 12/7323, 3). Durch das **1. SGB XI-ÄndG** wurden mWv 25.6.1996 in S. 1 die Wörter „für eine Ersatzpflegekraft“ durch die Wörter „einer notwendigen Ersatzpflege“ ersetzt und ein Hs. 2 angefügt; außerdem wurden die S. 4–6 angefügt. S. 4 wurde erneut im **4. SGB XI-ÄndG** mWv 1.8.1999 grundlegend geändert. Die in S. 3 festgelegte Höhe der Leistung wurde durch das Achte Euro-Einführungsgesetz vom 23.10.2001 (BGBl. I 2702) zum 1.1.2002 auf EUR umgestellt. Durch Art. 1 Nr. 19 **PflegeWEG** wurde mWv 1.7.2008 in S. 2 die Vorpflegezeit (Wartezeit) von zwölf auf sechs Monate verkürzt; zugleich wurden die S. 3–5 neu gefasst. Durch Art. 9 **PSG I** wurden mWv 1.1.2015 die bisherigen S. 1–3 zu Abs. 1, die bisherigen S. 4–6 zu Abs. 2 sowie Abs. 3 angefügt; die Bezugsdauer wurde verlängert, die Leistungssätze wurden erhöht und es wurde ermöglicht, unausgeschöpfte Mittel der Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege in Anspruch zu nehmen. Durch Art. 1 Nr. 20 **PSG II** wurden zum 1.1.2016 Abs. 1 S. 3 neu gefasst und der bisherige Abs. 2 neuer Abs. 3 sowie der bisherige Abs. 3 neuer Abs. 2. Nach dem durch Art. 2 Nr. 21 **PSG II** mWv 1.1.2017 an Abs. 1 S. 2 angefügten Hs. 2 setzt der Anspruch auf Verhinderungspflege mindestens den Pflegegrad 2 voraus. Durch das **PUEG** wird die Vorschrift in zwei Stufen grundlegend geändert. Zum 1.1.2024 wurde in Abs. 2 S. 3 die entsprechende Anwendung des § 30 auf den Erhöhungsbetrag angeordnet und in den neuen Abs. 4 und 5 wurden für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5 bis zum 25. Lebensjahr Leistungsverbesserungen vorgesehen, die ansonsten erst mit Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege am 1.7.2025 greifen werden (Art. 2 Nr. 5a

PUEG). Zum 1.7.2025 wird die Vorschrift völlig neu gefasst (Art. 2a Nr. 8 PUEG): In Abs. 1 S. 1 wird die Bezugsdauer auf acht Wochen verlängert; die bisher in Abs. 1 S. 2 geregelte Vorpflegezeit entfällt, stattdessen wird in Abs. 1 S. 2 auf eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege verzichtet; die bisher in Abs. 1 S. 3 und Abs. 2 enthaltene Regelung der Leistungsbeträge entfällt mit dem Gemeinsamen Jahresbetrag im neuen § 42a; da die mit Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags bewirkten Leistungsverbesserungen für alle Pflegebedürftigen gelten, bedarf es der zum 1.1.2024 eingeführten Sonderregelungen in Abs. 4 und 5 nicht mehr, die daher gestrichen werden.

II. Normzweck

Die Regelung dient dem Ziel, die **häusliche Pflege zu stärken**. Sie trägt der Tatsache Rechnung, dass den Pflegepersonen ein hohes Maß an psychischer und physischer Anstrengung abverlangt wird und sich viele Pflegepersonen selbst schon in einem fortgeschrittenen Alter befinden, in dem es häufig zu gesundheitsbedingten Ausfällen der Pflegefähigkeit kommt oder jedenfalls regelmäßige Erholungsphasen erforderlich sind. Steht eine Pflegeperson vorübergehend aus wichtigen Gründen nicht zur Verfügung, soll verhindert werden, dass der Pflegebedürftige dauerhaft in eine stationäre Pflegeeinrichtung wechseln muss. Der Gesetzgeber hat die Vorschrift vor allem im 1. SGB XI-ÄndG grundlegend geändert und hierbei den Begriff „Ersatzpflege“ anstelle von „Verhinderungspflege“ in den Vordergrund gestellt. Sollten ursprünglich nur die durch den Einsatz einer „Ersatzpflegekraft“ verursachten Kosten erstattet werden, wird nunmehr auf die Überbrückungsfunktion der Ersatzpflege abgestellt, die dem Ziel dient, die vorrangig anzustrebende häusliche Pflege dauerhaft zu sichern. Hierbei werden grundsätzlich alle Möglichkeiten einbezogen, durch die der vorübergehende Ausfall der häuslichen Pflegeperson(en) ersetzt werden kann; hierzu zählen auch stationäre Versorgungsformen und Dienste, die ansonsten nicht zur Durchführung der Pflege zugelassen sind (Rundschreiben § 39 Ziff. 1 Abs. 3); zu Einzelheiten → Rn. 9. Die Ersatzpflege muss nicht durch Gestellung einer professionellen Pflegekraft durch die Pflegekasse erfüllt werden; der Pflegebedürftige kann sich die Form der Ersatzpflege grundsätzlich frei auswählen. Der Sache nach handelt es sich bei der Ersatzpflege daher um eine **Form der Kostenerstattung**; zu Einzelheiten → Rn. 8.

Bei der Neufassung der ursprünglichen S. 3–6 (jetzt Abs. 1 S. 3, Abs. 3) wollte der Gesetzgeber erreichen, dass die volle Leistung von (seit 1.1.2015) 1.612 EUR in jedem Fall für die Ersatzpflege durch Pflegepersonen anfällt, die dem Pflegebedürftigen nicht nahestehen (Fremdpflege), ohne dass dies davon abhängig gemacht wird, ob die **Ersatzpflege erwerbsmäßig oder ehrenamtlich** erfolgt. Der volle Leistungssatz ist nur dann ausgeschlossen, wenn die Ersatzpflege von Pflegepersonen durchgeführt wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben (Angehörigenpflege). Soweit die bis zum 30.6.2008 geltende Fassung des damaligen S. 4 darauf abstellte, dass bei Verwandtschaft oder Schwägerschaft bis zum zweiten Grad vermutet werde, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig durchgeführt werde, habe die Rspr. (BSG 6.6.2002 – B 3 P 2/02 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 5 S. 24 f. = NZS 2003, 213 (215)) hieraus zu Unrecht den Schluss gezogen, dass ein Anspruch auf die volle Leistung nur bestehe, wenn die Ersatzpflege erwerbsmäßig durchgeführt werde; dies sei nicht beabsichtigt gewesen (vgl. BT-Drs. 16/7439, 56). Nur bei Durchführung der Ersatzpflege durch nahe Angehörige ist die Leistung demnach auf die Höhe des Pflegegeldes beschränkt, ggf. ergänzt um nachgewiesene notwendige Aufwendungen (Abs. 3 S. 1); von diesem Ausschluss von der vollen Leistung sind

solche Angehörigen ausgenommen, die die Ersatzpflege erwerbsmäßig durchführen (Abs. 3 S. 2).

- 4 Mit Abs. 2 verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die beiden Überbrückungsleistungen der Pflegeversicherung Verhinderungspflege (§ 39) und Kurzzeitpflege (§ 42) **flexibler zu gestalten**. Nicht ausgeschöpfte Beträge beim Anspruch auf Kurzzeitpflege können nunmehr bis zu 50 vH des Leistungsrahmens der Kurzzeitpflege zusätzlich für die häusliche Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden.

III. Voraussetzungen der Verhinderungspflege

- 5 Verhinderungspflege kann nur bei Verhinderung einer Pflegeperson beansprucht werden (Abs. 1 S. 1). Maßgebend ist die Definition in § 19. Danach muss es sich bei der **verhinderten Pflegeperson** um eine **nicht erwerbsmäßig tätige** (vgl. hierzu → § 19 Rn. 8 ff.) handeln; eine Mindestpflegezeit von wöchentlich 14 Stunden (§ 19 S. 2) ist nicht erforderlich (BeckOGK/Leitherer Rn. 7). Beim **Ausfall einer professionellen Pflegekraft** muss die Pflegeeinrichtung Ersatz stellen, oder die Pflegekasse muss eine andere Pflegeeinrichtung oder ggf. eine einzelne erwerbsmäßige Pflegekraft nach § 77 beauftragen; dies gilt auch für Pflegekräfte ambulant betreuter Wohngruppen nach § 38a. Anders verhält es sich dagegen bei einer professionellen Pflegekraft, die der Pflegebedürftige aus dem Pflegegeld selbst beschäftigt (zu dieser Möglichkeit vgl. → § 37 Rn. 7); trotz Erwerbsmäßigkeit der Pflegekraft kann auch deren Verhinderung einen Anspruch nach § 39 auslösen (BeckOK SozR/Giesbert Rn. 9; aA Krauskopf/Linke Rn. 5). Obwohl die Ersatzpflege darauf ausgerichtet ist, den Ausfall einer im Rahmen von § 37 selbst beschafften Pflegeperson zu kompensieren, ist nicht maßgebend, ob der Pflegebedürftige wegen der von der verhinderten Pflegeperson erbrachten Dienste Pflegegeld bezieht (vgl. BSG 17.1.1996 – 3 RK 4/95, SozR 3–2500 § 56 Nr. 2 S. 5 = BeckRS 1996, 30759278). Es kann sich auch um eine Pflegeperson handeln, die den Pflegebedürftigen zusätzlich zu einer häuslichen Pflegehilfe nach § 36 oder neben einer teilstationären Pflege nach § 41 (etwa in den Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende) pflegt. Ausreichend ist auch der Ausfall einer von mehreren Pflegepersonen.
- 6 Die Pflegeperson muss durch Krankheit, Erholungsurlaub oder einen vergleichbar gewichtigen Grund an der Fortführung der Pflege gehindert sein (Abs. 1 S. 1). Der Pflegebedürftige muss den **Grund der Verhinderung** durch eine Erklärung seiner Pflegeperson gegenüber der Pflegekasse nachweisen. Besteht kein sachlicher Grund, Ersatzpflege in Anspruch zu nehmen, so kommt die Leistung nicht in Betracht. Dies kann etwa der Fall sein, wenn eine auch sonst stattfindende pflegerische Versorgung in einer Behinderteneinrichtung auch während einer urlaubsbedingten Abwesenheit einer Pflegeperson, die den Pflegebedürftigen nur zeitweise betreut, möglich wäre (BSG 6.6.2002 – B 3 P 2/02 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 5 S. 23 f. = NZS 2003, 213). Ersatzpflege kann nur für die **Dauer der Verhinderung** beansprucht werden. An eine bestimmte Minstdauer der Verhinderung ist die Ersatzpflege nicht gebunden; auch eine nur stundenweise Verhinderung der Pflegeperson kann den Anspruch auslösen (BSG 20.4.2016 – B 3 P 4/14 R, SozR 4–3300 § 34 Nr. 3 Rn. 12 = BeckRS 2016, 70845). Abs. 1 S. 1 begrenzt nur die zeitliche Höchstdauer des Anspruchs auf sechs Wochen (= 42 Tage) je Kalenderjahr (näher dazu → Rn. 12).
- 7 Die verhinderte Pflegeperson muss den Pflegebedürftigen vor Eintritt des ersten Verhinderungsfalls mindestens sechs (bis 1.7.2008 zwölf) Monate in häuslicher Umgebung gepflegt haben (Abs. 1 S. 1). Diese Voraussetzung ist auch dann erfüllt, wenn die verhinderte Pflegeperson die Pflege in der maßgebenden Zeit nicht allein durchgeführt hat. Die Regelung verlangt auch nicht, dass die **sechsmonatige Vorpflegezeit** (oder Wartezeit) der erstmaligen Verhinderung unmittelbar und als

geschlossener Zeitraum vorausgeht. Die Vorpflegezeit kann sich aus verschiedenen Pflegeperioden zusammensetzen (BSG 6.6.2002 – B 3 P 1/01 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 4 S. 17 = NZS 2003, 212). Die Vorpflegezeit muss zudem nur vor der erstmaligen Inanspruchnahme von Ersatzpflege erfüllt sein, nicht aber vor jeder weiteren Verhinderung erneut (BSG 6.6.2002 – B 3 P 2/02 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 5 S. 22 f. = NZS 2003, 213). Unterbrechungen der Pflege, etwa durch stationäre Krankenhausaufenthalte, verlängern die Wartezeit dann nicht, wenn sie nicht länger als vier Wochen dauern (Rundschreiben § 39 Ziff. 2 Abs. 1). Während der Vorpflegezeit muss die gepflegte Person pflegebedürftig iSv § 14 gewesen sein. Dabei genügt Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 1. Erst zum **Zeitpunkt der Verhinderung** muss der Pflegebedürftige mindestens in den **Pflegegrad 2** eingestuft sein (Abs. 1 S. 2 Hs. 2).

IV. Art und Inhalt der Leistung

Die Verhinderungspflege ist als **Kostenerstattungsanspruch** ausgestaltet, dh der Pflegebedürftige verschafft sich die Leistung selbst und stellt der Pflegekasse die Aufwendungen in Rechnung (BSG 20.4.2016 – B 3 P 4/14 R, SozR 4–3300 § 34 Nr. 3 Rn. 29 = BeckRS 2016, 70845). Dies ergibt sich nicht schon daraus, dass in Abs. 1 S. 1 von Kostenübernahme durch die Pflegekasse die Rede ist. Denn eine solche Formulierung steht wie §§ 41, 42, 43 zeigen der Annahme eines Naturalleistungsanspruchs nicht entgegen (vgl. → § 41 Rn. 6). Dass die Kostenübernahme bei der Verhinderungspflege einen Kostenerstattungsanspruch beschreibt, folgt aus Normzweck und Regelungsgeschichte des § 39 (näher dazu → Rn. 2). Eine Kostenübernahmeerklärung der Pflegekasse vor Beginn der Verhinderungspflege ist prinzipiell nicht erforderlich; auch reicht es aus, die Kostenübernahme im Nachhinein zu beantragen (NK-GesundhR/Renn Rn. 5). Erstattet werden dem Pflegebedürftigen nur die „nachgewiesenen“ Kosten der Ersatzpflege, dh die im Rahmen der Verhinderungspflege tatsächlich angefallenen Kosten, die mit hinreichend konkreten Nachweisen zu belegen sind (Krauskopf/Linke Rn. 17). Dies gilt auch für den Fall, dass die Ersatzpflege durch eine ehrenamtliche Pflegeperson durchgeführt wird; auch in diesem Fall bietet § 39 keine dem Pflegegeld vergleichbare Pauschalleistung (vgl. → § 37 Rn. 3).

Der Pflegebedürftige kann grundsätzlich frei entscheiden, von wem, wo und in welcher Form die Ersatzpflege durchgeführt wird (BSG 6.6.2002 – B 3 P 2/02 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 5 S. 24 = NZS 2003, 213). Er hat grundsätzlich die freie Wahl unter allen für die Ersatzpflege **geeigneten Personen und Einrichtungen**. Der Pflegebedürftige muss keine professionelle Pflegekraft in Anspruch nehmen. Den §§ 4 Abs. 3 und 29 Abs. 1 wird man jedoch den allgemeinen Grundsatz entnehmen müssen, dass die Pflegekasse nicht zur Leistung verpflichtet ist, wenn die vom Pflegebedürftigen betraute Ersatzpflegeperson die erforderliche Pflege nicht sicherstellen kann. Der Pflegebedürftige kann auch die Dienste einer Pflegeeinrichtung als Ersatz für die verhinderte Pflegeperson (zusätzlich) in Anspruch nehmen, und zwar grundsätzlich auch dann, wenn er fortlaufend Pflegesachleistung (§ 36) erhält. Verstößt eine derartige Leistung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 29 Abs. 1), kann die Pflegekasse den Pflegebedürftigen auf eine **wirtschaftlichere Gesamtpflege** (zB stationäre Pflege) verweisen, soweit dies zumutbar ist. Aus der Ersetzung des ursprünglich in Abs. 1 S. 1 verwandten Begriffs „Ersatzpflegekraft“ durch „notwendige Ersatzpflege“ folgt, dass die Pflege während des Ausfalls der Pflegeperson **nicht nur im häuslichen Bereich**, sondern auch auf andere geeignete Weise, mithin selbst stationär in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung erfolgen kann (BSG 17.5.2000 – B 3 P 9/99 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 3 S. 12 f. = NZS 2001, 322). Von der Pflegekasse werden dann die im Einzelnen in § 43 Abs. 2

aufgeführten pflegebedingten Aufwendungen getragen. Darüber hinaus sind nicht nur die Kosten der Pflege in einer nach § 72 zugelassenen Einrichtung zu übernehmen, sondern auch die Kosten, die durch die Pflege von **nicht zugelassenen** Diensten oder Personen (etwa Dorfhelferinnen, Betriebshilfsdienste, familienentlastende Dienste etc) verursacht werden (Rundschreiben § 39 Ziff. 1 Abs. 3). Das BSG hat den hiergegen vorgebrachten Einwand, § 39 lasse zwar die Heranziehung nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen für die Ersatzpflege zu, hebe aber bei professionellen Pflegekräften die Notwendigkeit einer Zulassung nicht auf, nicht geteilt (BSG 6.6.2002 – B 3 P 2/02 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 5 S. 24 = NZS 2003, 213 (215)).

- 10 In diesem Zusammenhang ist Abs. 1 S. 1 Hs. 2 („§ 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht“) zu sehen. Die Vorschrift hebt die Ruhensregelung für Ansprüche auf Leistungen bei häuslicher Pflege bei gleichzeitigem Anspruch auf häusliche Krankenpflege und für die Dauer des Aufenthalts in einer Einrichtung nach § 71 Abs. 4 auf. Von Bedeutung ist dies allein im Hinblick auf die Pflege in einer nicht zugelassenen **Einrichtung iSv § 71 Abs. 4**. Die Ersatzpflege kann wegen der Ausnahmeregelung auch in einer derartigen Einrichtung durchgeführt werden.

- 11 Was Inhalt der „notwendigen Ersatzpflege“ ist, deren Kosten die Pflegekasse nach Abs. 1 S. 1 zu erstatten hat, bestimmt § 39 nicht näher. Da die Ersatzpflege darauf ausgerichtet ist, den Ausfall einer im Rahmen von § 37 selbst beschafften Pflegeperson zu kompensieren, muss sie jedenfalls die im Einzelfall erforderlichen **körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung** (zu diesen Begriffen → § 36 Rn. 9 ff.) umfassen (vgl. NK-GesundhR/Renn Rn. 8). Hierauf beschränkt sich der Kostenerstattungsanspruch nach § 39 jedoch nicht. Vielmehr ist innerhalb der gesetzlichen Höchstgrenzen **jeder pflegebedingte Aufwand** zu erstatten, der durch den Ausfall der Pflegeperson erforderlich geworden ist (vgl. BSG 17.5.2000 – B 3 P 8/99 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 2 S. 6 f. = NZS 2001, 147), mithin auch die Mehraufwendungen iSv Abs. 3 S. 3, wie Fahrt- und Unterkunftskosten der Ersatzpflegeperson (zu Einzelheiten → Rn. 17).

V. Leistungsumfang bei Fremdpflege (Abs. 1 S. 1 und 3)

- 12 Der Leistungsumfang unterliegt einer doppelten Beschränkung: Die erstattungsfähige Ersatzpflege ist nach Dauer (Abs. 1 S. 1) und Betrag (Abs. 1 S. 3) begrenzt. Die **Höchstdauer der Ersatzpflege** beträgt nach Abs. 1 S. 1 sechs Wochen (= 42 Tage) im Kalenderjahr. Diese Zeitspanne kann ggf. beliebig aufgeteilt werden; selbst stundenweise Ersatzpflege ist möglich. Grundsätzlich ist jeder Tag der Ersatzpflege auf die Höchstdauer anzurechnen. Bei einer Verhinderung der Pflegeperson von weniger als acht Stunden am Tag soll aber nach Auffassung der Pflegekassen eine Anrechnung auf die Höchstdauer nicht stattfinden, sondern lediglich eine Begrenzung durch den Höchstbetrag erfolgen und daneben das Pflegegeld ungekürzt weitergezahlt werden (Rundschreiben § 39 Ziff. 1 Abs. 5; zustimmend BSG 20.4.2016 – B 3 P 4/14 R, SozR 4–3300 § 34 Nr. 3 Rn. 12 f., 23 f. = BeckRS 2016, 70845). Ist die Höchstdauer in einem Kalenderjahr nicht oder nicht voll ausgeschöpft worden, kann der nicht in Anspruch genommene Zeitraum nicht auf das nächste Kalenderjahr übertragen werden (Hauck/Nofitz/Reimer Rn. 5c). Die zeitliche Höchstgrenze steht in keinem Zusammenhang mit dem Höchstbetrag der für die Ersatzpflege zur Verfügung stehenden Geldleistung. Insbesondere kann aus dem Höchstbetrag von derzeit 1.612 EUR und der Zeitgrenze von 42 Tagen nicht geschlossen werden, dass für Leistungen der Ersatzpflege täglich nur ein entsprechender Höchstbetrag zur Verfügung steht (BSG 17.5.2000 – B 3 P 8/99 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 2 S. 5 f. = NZS 2001, 147; 12.7.2012 – B 3 P 6/11 R, SozR 4–3300 § 39 Nr. 1 Rn. 12 ff. = NZS 2013, 101). Der Pflegebedürftige kann den Höchstbetrag auch dadurch aus-

schöpfen, dass er in einem kürzeren Zeitraum (erforderliche) Pflegeleistungen in Anspruch nimmt, die entsprechend höhere Kosten verursachen. Die zeitliche und die betragsmäßige Höchstgrenze greifen alternativ ein.

Die durch die Ersatzpflege entstehenden Aufwendungen dürfen im Kalenderjahr 1.612 EUR nicht überschreiten (Abs. 1 S. 3); dieser Betrag unterliegt der Dynamisierung nach § 30 und wird sich zum 1.1.2025 auf 1.685 EUR erhöhen. Diese betragsmäßige Begrenzung ist auch dann maßgebend, wenn die Pflegeperson die Zeitgrenze von sechs Wochen noch nicht ausgeschöpft hat (→ Rn. 12). Der **volle Leistungssatz** entsprach bis 31.12.2021 dem Höchstbetrag der Pflegesachleistung nach dem Pflegegrad 4 (§ 36 Abs. 3 Nr. 3) und hat dessen seitherige Anhebungen (→ § 36 Rn. 18) nicht mitgemacht. Bei der Ersatzpflege hängt die Leistungshöhe allerdings nicht vom Pflegegrad ab; dh auch bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 werden Aufwendungen bis zu 1.612 EUR ersetzt (anders uU bei der Angehörigenpflege → Rn. 14), soweit sie vom Pflegebedürftigen nachgewiesen werden. Die Leistungshöhe von 1.612 EUR gilt nur im Falle der Fremdpflege, dh wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen **weder** (bis zum zweiten Grad) **verwandt oder verschwägert** sind **noch** mit ihm **in häuslicher Gemeinschaft** leben. Der dies regelnde Abs. 1 S. 3 ist durch das PSG II klarer gefasst worden. Seither kann kein Zweifel mehr daran bestehen, dass die Ausschlussgründe „verwandt oder verschwägert“ einerseits und „haushaltsangehörig“ andererseits nicht kumulativ gegeben sein müssen. Vielmehr reicht wie nach Abs. 3 S. 1 jeder der beiden Gründe einzeln aus, um den vollen Leistungssatz auszuschließen. Die Frage, ob die Pflegepersonen, die die Ersatzpflege durchführen, **erwerbsmäßig tätig** sind (Angestellte von Pflegediensten, Einzelpflegekräfte nach § 77 etc) soll nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers (vgl. BT-Drs. 16/7439, 56) nur insoweit maßgebend sein, als die Pflege durch Verwandte, Verschwägte oder Haushaltsangehörige erfolgt (→ Rn. 14).

VI. Leistungsumfang bei Angehörigenpflege (Abs. 3)

Auch bei der Angehörigenpflege unterwirft das Gesetz den Leistungsumfang zeitlichen und betragsmäßigen Begrenzungen. Die **Höchstdauer** der Ersatzpflege beträgt sechs Wochen (= 42 Tage) im Kalenderjahr. Dies ergibt sich aus Abs. 1 S. 1, der für die Angehörigenpflege ebenso wie für die Fremdpflege gilt; zu den Einzelheiten der zeitlichen Begrenzung s. daher → Rn. 12. Die Regelung über die **Leistungshöhe** in Abs. 3 weicht dagegen bei der Angehörigenpflege erheblich von derjenigen bei der Fremdpflege in Abs. 1 S. 3 ab. Die Regelung der Leistungshöhe bei Durchführung der Ersatzpflege durch Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grade und Haushaltsangehörige ist durch das PflegeWEG in S. 4 des damals einzigen Absatzes neu gefasst worden. Der Gesetzgeber verstand die Neuregelung als Klarstellung dessen, was er bereits mit der Änderung der Vorschrift im 4. SGB XI-ÄndG (zur seinerzeitigen Begr. vgl. BT-Drs. 14/407, 4) hatte erreichen wollen, was von der Rspr. aber anders verstanden worden war (vgl. → Rn. 3). Das gegenwärtige Recht unterscheidet bei der Leistungshöhe danach, ob Angehörige die Ersatzpflege **ehrenamtlich oder erwerbsmäßig** durchführen. Nach Abs. 3 S. 1 kommen bei Durchführung der Ersatzpflege durch Verwandte, Verschwägte und Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, nur Leistungen in Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 in Betracht; daneben können im Zusammenhang mit der Ersatzpflege angefallene notwendige (Mehr-)Aufwendungen erstattet werden (Abs. 3 S. 3). Anders werden Verwandte, Verschwägte und Haushaltsangehörige dann behandelt, wenn sie die Ersatzpflege erwerbsmäßig erbringen; in diesem Fall steht der volle Leistungssatz des Abs. 1 S. 3 zur Verfügung (Abs. 3 S. 2).

- 15 **Abs. 3 S. 1** bezieht in den zur **familienhaften Pflege** zählenden **Personenkreis** alle Haushaltsangehörigen (hierzu zählt auch der mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte) sowie alle Verwandten und Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade ein; zum Grad der Verwandtschaft und Schwägerschaft vgl. §§ 1589, 1590 BGB; Großeltern, Enkel und Geschwister sind Verwandte zweiten Grades, die Ehegatten von Geschwistern sind Verschwägte zweiten Grades. Gehört die Ersatzpflegeperson zu diesem Kreis, so kann der volle Leistungsbetrag dennoch in Anspruch genommen werden, wenn sie die Pflege erwerbsmäßig ausübt (**Abs. 3 S. 2**). Was unter „**erwerbsmäßiger Ausübung**“ der Pflege zu verstehen ist, ist im SGB XI nicht geregelt. Maßgebend sind die allgemeinen, zu § 19 entwickelten Kriterien (→ § 19 Rn. 7 ff.). Danach wird man, unabhängig davon, ob die Pflege als selbständige Tätigkeit oder abhängige Beschäftigung ausgeübt wird, in erster Linie darauf abstellen müssen, ob die Ersatzpflege des Familien- oder Haushaltsangehörigen im konkreten Einzelfall der Erzielung von Erwerbseinkommen dient. Dies wird man in erster Linie dann annehmen können, wenn es sich bei dem Verwandten oder Haushaltsangehörigen um eine professionelle Pflegekraft handelt oder wenn die Pflegeperson ohne Ausübung der Pflege Tätigkeit andere Einkünfte erzielen würde. Nach Auffassung der Pflegekassen soll auch ausreichen, dass die Ersatzpflege kontinuierlich über einen längeren Zeitraum als sechs Wochen ausgeübt wird oder die Ersatzpflegeperson zuvor im laufenden Jahr bereits andere Pflegebedürftige mehr als eine Woche gepflegt hat (vgl. Rundschreiben § 39 Ziff. 2.3 und 2.4). Das BSG hat demgegenüber die Erwerbsmäßigkeit davon abhängig gemacht, ob die Ersatzpflegeperson über eine Ausbildung als Pflegekraft verfügt oder ob sie außerhalb der Ersatzpflege die Pflege Tätigkeit gegen Entgelt zur Finanzierung ihres Lebensunterhalts ausübt (BSG 6.6.2002 – B 3 P 1/01 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 4 S. 18 = NZS 2003, 212).
- 16 Soweit **Abs. 3 S. 1** die Aufwendungen der Pflegekasse bei der nicht erwerbsmäßigen Angehörigenpflege auf den Betrag des Pflegegeldes begrenzt, bezieht sich die Regelung allein auf die für das Pflegegeld in § 37 Abs. 1 S. 3 festgesetzten EUR-Beträge; die Kürzungsregelung des § 37 Abs. 2 S. 1 kommt dagegen nicht zur Anwendung (BSG 12.7.2012 – B 3 P 6/11 R, SozR 4–3300 § 39 Nr. 1 Rn. 11 ff. = NZS 2013, 101); vgl. auch → Rn. 3, 12. Als **Verhinderungspflegegeld** ist die Leistung nach § 39 ausnahmsweise in ihrer **Höhe** vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen abhängig.
- 17 **Abs. 3 S. 3** lässt darüber hinaus die Geltendmachung notwendiger **Mehraufwendungen** auch zu, wenn die Ersatzpflege von Verwandten und Verschwägerten bis zum zweiten Grade sowie Haushaltsangehörigen durchgeführt wird. Die Erstattung von Mehraufwendungen setzt nicht voraus, dass Verhinderungspflegegeld nach Abs. 3 S. 1 tatsächlich in Anspruch genommen worden ist (BSG 20.4.2016 – B 3 P 4/14 R, SozR 4–3300 § 34 Nr. 3 Rn. 17 = BeckRS 2016, 70845). Unter „Aufwendung“ ist die freiwillige Aufopferung von Vermögenswerten im Interesse eines anderen zu verstehen (BGH 12.10.1972 – VII ZR 51/72, BGHZ 59, 328 (329) = NJW 1973, 46; Grüneberg/Heinrichs BGB § 256 Rn. 1). Dazu zählen neben tatsächlich aufgebrachtten pflegebedingten Kosten und der Eingehung von Verbindlichkeiten auch der Verzicht auf vertraglich zustehende Einnahmen. Dies kann auch ein **Verdienstausschlag** sein, der notwendig mit der vorübergehenden Übernahme einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit verbunden ist (BT-Drs. 13/3696, 13). Der Ausfall der Arbeitskraft im eigenen Haushalt ist allerdings einem Verdienstausschlag nicht gleichzustellen (BSG 6.6.2002 – B 3 P 1/01 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 4 S. 18 f. = NZS 2003, 212). Auf die Grundsätze des zivilrechtlichen Schadensersatzrechts, wonach auch der Ausfall der Hausarbeit als Unterhaltsbeitrag gegenüber dem anderen Ehegatten einen Schadensersatzanspruch begründen kann, ist insoweit nicht abzustellen. Aufwendungsersatz kommt erst dann in Betracht, wenn die Ersatzpflegeperson zur Führung des eigenen Haushalts eine Ersatzkraft einstellen muss

(BSG 6.6.2002 – B 3 P 1/01 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 4 S. 19 = NZS 2003, 212). Als notwendige Aufwendungen kommen insbesondere Fahrt- und Unterbringungskosten in Betracht (BSG 12.7.2012 – B 3 P 6/11 R, SozR 4–3300 § 39 Nr. 1 Rn. 11 = NZS 2013, 101). Die Mehraufwendungen müssen im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sein und nachgewiesen werden. Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist nicht ausgeschlossen, wenn der Pflegebedürftige Urlaub macht (BSG 17.5.2000 – B 3 P 9/99 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 3 S. 13 = NZS 2001, 322), darf dann aber nicht zur Urlaubsfinanzierung für die Ersatzpflegeperson verwandt werden. Daher sind nur Kosten erstattungsfähig, die vornehmlich der Durchführung der Ersatzpflege selbst dienen, nicht jedoch Kosten, die überwiegend der Ersatzpflegeperson die Teilnahme an einem gemeinsamen Familienurlaub ermöglichen (BSG 20.4.2016 – B 3 P 4/14 R, SozR 4–3300 § 34 Nr. 3 Rn. 18 = BeckRS 2016, 70845). Das Pflegegeld für die Ersatzpflegekraft und die notwendigen Mehraufwendungen dürfen insgesamt den in Abs. 1 S. 3 festgelegten **Höchstbetrag** nicht überschreiten (Abs. 3 S. 4).

VII. Erhöhung um Mittel der Kurzzeitpflege (Abs. 2)

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege (§ 42) haben beide eine Überbrückungsfunktion. Sie können zwar nicht gleichzeitig bezogen werden, weil neben der vollständigen Kurzzeitpflege eine Verhinderungspflege nicht notwendig sein kann (Krauskopf/Linke Rn. 39). Ansonsten schränkt die Gewährung von Kurzzeitpflege den Anspruch auf Ersatzpflege aber nicht ein. Der Pflegebedürftige kann, soweit bei der Geltendmachung von Kurzzeitpflege in Bezug auf den Ausfall der Pflegeperson insbesondere die Voraussetzungen von § 42 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 vorliegen, die Höchstbeträge jeweils **voll ausschöpfen**. Der durch das PSG I neu angefügte Abs. 3 (jetzt Abs. 2) lässt zudem eine Umbuchung von Leistungsbeträgen der Kurzzeitpflege, die im betroffenen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen wurden, zur Erhöhung des Budgets in der Ersatzpflege zu. Die Erhöhung ist auf zzt. 806 EUR begrenzt (Abs. 2 S. 1); das entsprach bis 31.12.2021 der **Hälfte der Höchstbetrags** der Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 2 S. 2). Erhöht werden kann nur der Leistungsbetrag, nicht auch die Leistungsdauer. Abs. 2 S. 1 ändert nichts daran, dass Ersatzpflege für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden kann. Werden Mittel der Kurzzeitpflege für die Ersatzpflege verwandt, reduziert sich der Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege dementsprechend (Abs. 2 S. 2). Dies gilt nicht allein für die Fremdpflege, sondern auch für die Angehörigenpflege (Abs. 3 S. 2 Hs. 2, S. 4 Hs. 2).

VIII. Verhältnis zu anderen Leistungsarten

Nach dem Zweck der Ersatzpflege, den Ausfall einer selbstbeschafften nichterwerbsmäßigen Pflegeperson zu kompensieren, kommt ein **gleichzeitiger Bezug von Pflegegeld** (§ 37) an sich nicht in Betracht, weil § 37 Abs. 1 S. 2 den Anspruch auf Pflegegeld davon abhängig macht, dass der Pflegebedürftige die pflegerische Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt (BSG 17.1.1996 – 3 RK 4/95, SozR 3–2500 § 56 Nr. 2 S. 4 = BeckRS 1996, 30759278). Dieses Kumulationsverbot findet allerdings im Falle einer Ersatzpflege von weniger als acht Stunden am Tag keine Anwendung (BSG 20.4.2016 – B 3 P 4/14 R, SozR 4–3300 § 34 Nr. 3 Rn. 23 = BeckRS 2016, 70845). Den grundsätzlichen Ausschluss des zeitgleichen Bezugs von Pflegegeld und Verhinderungspflege hat der Gesetzgeber durch die Einfügung von §§ 37 Abs. 2 S. 2, 38 S. 4 bestätigt. Denn der dort eingeräumte Anspruch auf hälftige Fortzahlung des (anteiligen) Pflegegeldes dient nicht der

Sicherstellung der Pflege, sondern allein der Förderung der Pflegebereitschaft der Pflegeperson über die Zeit ihrer Verhinderung hinaus. Ansonsten zahlen die Pflegekassen Pflegegeld in voller Höhe für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege (Rundschreiben § 39 Ziff. 1 Abs. 4).

- 20 Die Gewährung von **Pflegesachleistung** (§ 36) schließt die zeitgleiche Inanspruchnahme von Verhinderungspflege nicht aus, wenn eine nicht erwerbsmäßige Pflegeperson (zB Familienangehöriger) ausfällt, die den Pflegebedürftigen zusätzlich zur Pflegesachleistung gepflegt hat. Gleiches gilt für die **teilstationäre Pflege** bei Ausfall der Pflegeperson, die zu den übrigen Tageszeiten die Pflege im häuslichen Bereich übernommen hatte.

IX. Sonderregelung für jüngere Pflegebedürftige (Abs. 4 und 5)

- 21 Die durch Art. 2 Nr. 5a PUEG zum 1.1.2024 angefügten Abs. 4 und 5 nehmen für einen Teil der Pflegebedürftigen die Leistungsverbesserungen vorweg, die mit der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zum 1.7.2025 in § 42a nF verbunden sein werden. Folgerichtig werden die Sonderregelungen auch wieder mWv 1.7.2025 entfallen (vgl. Art. 2a Nr. 8 PUEG). Motiv für die **Vorwegnahme künftigen Rechts bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 oder 5 bis zum 25. Lebensjahr** waren die besonders starken Belastungen, denen die sie typischerweise pflegenden Eltern ausgesetzt sind (BT-Drs. 20/6983, 98). Dies ist unter Gleichheitsgesichtspunkten (Art. 3 Abs. 1 GG) nicht zu beanstanden.
- 22 Ab 1.1.2024 werden für Pflegebedürftige iSv Abs. 4 S. 1 bei Verhinderung ihrer Pflegeperson die Voraussetzungen des Anspruchs auf Verhinderungspflege insoweit modifiziert, als nach Abs. 4 S. 2 abweichend von Abs. 1 S. 2 **keine Vorpflegezeit** durch die verhinderte Pflegeperson erforderlich ist. Beim Leistungsumfang wird zum einen von Abs. 4 S. 1 die **Bezugsdauer** der Verhinderungspflege von sechs auf **acht Wochen** im Kalenderjahr verlängert und damit an diejenige der Kurzzeitpflege angeglichen (§ 42 Abs. 2 S. 1). Infolgedessen wird die **Leistungshöhe** bei der nicht erwerbsmäßigen Angehörigenpflege (→ Rn. 14 ff.) durch Abs. 4 S. 3 vom Betrag des Pflegegeldes für sechs Wochen auf denjenigen für zwei Monate erhöht. Ferner kann nach Abs. 5 (anteiliges) Pflegegeld nicht nur für sechs Wochen, sondern für acht Wochen im Kalenderjahr weitergezahlt werden. Zum anderen ermöglicht es Abs. 4 S. 4 bei Fremdpflege (→ Rn. 12 f.) oder erwerbsmäßiger Angehörigenpflege (→ Rn. 15), nicht nur auf einen Teil (806 EUR), sondern auf den vollen Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege (1.774 EUR) zuzugreifen. Soweit dieser Betrag im Kalenderjahr noch nicht für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen worden ist, erhöht sich um ihn das für die Verhinderungspflege zur Verfügung stehende **Budget auf bis zu 3.386 EUR**.
- 23 **Ab 1.7.2025** werden diese Leistungsverbesserungen **für alle Pflegebedürftigen** gelten (Art. 2a Nr. 6–8, 10 PUEG). Mit der Neufassung des § 39 wird für alle Pflegebedürftigen das Erfordernis einer Vorpflegezeit durch die verhinderte Pflegeperson entfallen (Abs. 1 S. 2) und die Bezugsdauer acht Wochen im Kalenderjahr betragen (Abs. 1 S. 1). Dementsprechend wird die Weiterzahlung des (anteiligen) Pflegegeldes in §§ 37 Abs. 2, 38 S. 4 nF auf acht Wochen verlängert. Der Höchstsatz für Leistungen der Verhinderungspflege wird nicht mehr in § 39 nF geregelt, sondern sich aus § 42a nF ergeben. Danach werden ab 1.7.2025 für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege ein kalenderjährliches Budget (Gemeinsamer Jahresbetrag) von bis zu 3.539 EUR zur Verfügung stehen (§ 42a Abs. 1 nF); dies ist die Summe der gemäß § 30 Abs. 1 zum 1.1.2025 erhöhten Leistungsbeträge für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege.

§ 39a Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen

Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat, durch nach diesem Buch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.

Übersicht	
	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Voraussetzungen	3
IV. Leistungsumfang	6
V. Vertragliche Vereinbarungen	7

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde zum 9.6.2021 durch das Digitale-Versorgungs-und-Pflege-
Modernisierungsgesetz vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) eingeführt. Satz 2, der die
Erforderlichkeit der Unterstützungsleistung für die Nutzung der digitalen Pflegean-
wendung im Einzelfall forderte, wurde mWz 26.3.2022 aufgehoben. Damit wurde
ein Leistungsanspruch auf die ergänzende Unterstützungsleistungen normiert (BT-
Drs. 20/734, 14).

II. Normzweck

Die ergänzenden Unterstützungsleistungen des § 39a sollen die Pflegebedürftigen,
deren Angehörige und professionelle Pflegekräfte **beim Umgang mit den in § 40a
geregeltten digitalen Pflegeanwendungen begleiten**. Sie stellen in erster Linie
Hilfen für den technischen Umgang mit digitalen Pflegeanwendungen dar, können
aber auch körperbezogene oder edukative Hilfestellungen sein, sofern die Erforder-
lichkeit durch das BfArM nach § 78a Abs. 5 S. 6 festgestellt wurde. Es sind zwei
Formen der ergänzenden Unterstützungsleistungen zu unterscheiden: Zum einen
Unterstützungshandlungen, die vom Hersteller **konzeptionell als unverzichtbar**
für die Zweckerreichung der digitalen Pflegeanwendung vorgesehen sind, zum
anderen solche, die in einer konkreten pflegerischen Situation im Einzelfall **bei
Bedarf** von persönlicher Hilfe oder punktueller Anleitung durch Dritte angewendet
werden. Nicht darunter fallen allgemeine Informationen zu Funktionsumfang und
Zweckbestimmung einer digitalen Pflegeanwendung sowie Installationshinweise.

III. Voraussetzungen

Ein Anspruch auf Unterstützungsleistungen setzt zunächst die allgemeinen Leis-
tungsvoraussetzungen des SGB XI voraus: Bestehen eines Versicherungsverhältnisses
(§§ 20 ff.), Erfüllung der Versicherungszeiten (§ 33 Abs. 2 u. 3), festgestellte Pflege-
bedürftigkeit (§§ 14 f.; ausreichend ist gemäß § 28a Abs. 1 Nr. 9 bereits der Pflege-
grad 1) sowie ein Antrag nach § 33 Abs. 1 S. 1. Einer ärztlichen Verordnung bedarf
es nicht.

- 4 Unterstützungsleistungen ergänzen die digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a, daher stellt die bewilligte Versorgung mit diesen die materielle Grundvoraussetzung dar. Leistungen nach § 39a sind **spezifische Begleitleistungen** für die Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a und sind als **akzessorischer Anspruch** konzipiert (jurisPK-SGB XI/Fischer Rn. 6). Sie umfassen daher keine Pflegehilfsmittel oder Pflege-, Betreuungs- oder Beratungsleistungen eines Pflegedienstes, die bereits vergütet werden (BT-Drs. 52/21, 152).
- 5 Die **abstrakte Erforderlichkeit** einer bestimmten Unterstützungsleistung ist nachgewiesen durch deren Aufnahme in die Positivliste des Verzeichnisses nach § 78a Abs. 3 (§ 78a Abs. 5 S. 6). Die **konkrete Erforderlichkeit** bedarf einer **Prüfung im Einzelfall**. Dabei ist der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen maßgebend, seine physischen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten sind zu ermitteln (Hauck/Noftz/Luthe Rn. 10). Im Antrag auf Aufnahme einer digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis muss der Hersteller angeben, welche ergänzenden Unterstützungsleistungen in Kombination mit der digitalen Pflegeanwendung von der konzeptionellen Gestaltung zwingend oder nur fakultativ erforderlich sind.

IV. Leistungsumfang

- 6 Es besteht ein **gerichtlich durchsetzbarer Anspruch** auf Unterstützungsleistungen, wenn die Leistungsvoraussetzungen vorliegen (§ 38 SGB I, §§ 77 ff. SGG, §§ 54 Abs. 1 S. 1, 56 SGG). Der Anspruch Pflegebedürftiger auf Beratung (§ 7 Abs. 2) bezieht sich nicht nur auf die digitalen Pflegeanwendungen (§ 40a), sondern auch auf die ergänzenden Unterstützungsleistungen. Soweit digitale Pflegeanwendungen zu Lasten des Sozialhilfeträgers (bei Personen ohne Mitgliedschaft oder Anspruchsberechtigung in der Pflegeversicherung) geleistet werden, ist ein entsprechender Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege in § 64k SGB XII normiert (Wrackmeyer-Schöne info also 2022, 157).

V. Vertragliche Vereinbarungen

- 7 Vergütungsvereinbarungen über ergänzende Unterstützungsleistungen von zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen (§ 71 Abs. 1 u. 1a) erfolgen im Rahmen der allgemeinen Vergütungsregeln (§§ 89 Abs. 1, 75, 120).

§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(1) ¹Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. ²Die Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes überprüfen lassen. ³Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. ⁴§ 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) ¹Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen; bis zum 31. Dezember 2021 gilt ein monatlicher Betrag in Höhe von

60 Euro. ²Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

(3) ¹Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. ²Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. ³Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. ⁴Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. ⁵Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. ⁶Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit. ⁷Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) ¹Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. ²Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. ³Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. ⁴Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. ⁵§ 40 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) ¹Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. ²Zur Gewährleistung einer Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. ³Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung. ⁴Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie

die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. ⁵Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. ⁶Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. ⁷Für die nach Satz 3 bestimmten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches; für die Prüfung des Leistungsanspruchs gilt § 275 Absatz 3 des Fünften Buches. ⁸Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen nach § 28 Absatz 2.

(6) ¹Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. ²Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach Satz 6 festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. ³Die Empfehlung der Pflegefachkraft darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. ⁴Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. ⁵Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. ⁶Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll. ⁷In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. ⁸Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. ⁹Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.

(7) ¹Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. ²Über einen Antrag auf ein Pflegehilfsmittel, das von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung nach Absatz 6 Satz 2 empfohlen wurde, hat die Pflegekasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden. ³Kann die Pflegekasse die Fristen nach

Satz 1 oder Satz 2 nicht einhalten, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁴Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Aufbau	2
III. Anspruch auf Pflegehilfsmittel (Abs. 1–3)	6
1. Einstufung als Pflegehilfsmittel	6
2. Zweck des Pflegehilfsmittels	8
3. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Abs. 2)	13
4. Andere, vor allem technische Pflegehilfsmittel (Abs. 3)	15
5. Umfang der Leistung/Zuzahlung	19
IV. Vorrangige Leistungspflicht eines anderen Trägers (Abs. 1 S. 1	
Hs. 2)	22
1. Allgemeiner Vorrang	22
2. Abgrenzung zur GKV	23
V. Pflegehilfsmittel im Rahmen der stationären Versorgung	27
VI. Anspruch auf Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohn-	
umfeldes (Abs. 4)	30
1. Einstufung als Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes .	30
2. Leistungsvoraussetzungen	36
3. Subsidiarität (Abs. 4 S. 1)	39
4. Höhe des Zuschusses (Abs. 4 S. 2–4)	40
VII. Zuordnung der Verwaltungszuständigkeit und der Kosten (Abs. 5) .	42
VIII. Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung	43
IX. Genehmigungsfiktion	48

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.4.1995 durch das PflegeVG (vom 26.5.1994, BGBl. I 1 1014) eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 36 RegE; BT-Drs. 12/5262, 113 f.). Im Gesetzgebungsverfahren wurde allein Abs. 3 durch Einfügung von S. 5 im ersten Vermittlungsverfahren geändert (vgl. BT-Drs. 12/6424, 3). In Abs. 2, Abs. 3 S. 4 und Abs. 4 S. 3 erfolgte die Umstellung der Leistungsbeträge durch das Achte Euro-Einführungsgesetz (vom 23.10.2001, BGBl. I 2702) von DM auf EUR. Abs. 1 S. 3 und 4 wurden durch das GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) angefügt. Das PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) führte zur Änderung in der Überschrift der Vorschrift von „technische Hilfen“ zu „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ und im gesamten Text der Vorschrift von „Hilfsmittel“ zu „Pflegehilfsmittel“; in Abs. 2 wurde S. 2 und in Abs. 3 S. 5 und 6 ergänzt. Abs. 5 wurde durch GKV-VStG (vom 22.12.2011, BGBl. I 2983) mWv 1.1.2012 vollständig geändert; zuvor befand sich an dieser Stelle eine Verordnungsermächtigung für das BMG. Durch das PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) kam es mWv 30.10.2012 zur Streichung des Abs. 4 S. 2, der einen Eigenanteil der Versicherten vorsah, und zur Einfügung der (jetzigen) S. 3 und 4. Mit dem PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) erfolgte die Änderung der Leistungshöchstbeträge in Abs. 2 sowie Abs. 4. Durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG vom 22.12.2020, BGBl. I 3299) wurde in Abs. 1 S. 2 das Wort „überprüft“ durch die Wörter „kann in geeigneten Fällen“ ersetzt und nach den Wörtern

„des Medizinischen Dienstes“ die Wörter „überprüfen lassen“ angefügt. Außerdem wurde § 40 durch einen neuen Abs. 6 (jetzt Abs. 7) ergänzt, wonach – zusammengefasst – die Pflegekasse über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen binnen einer gesetzlichen Frist zu entscheiden hat und bei Nichteinhaltung der Frist die Leistung als genehmigt gilt. Durch das Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen vom 21.3.2021 (BGBl. I 370) wurde die schon durch die COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30.4.2020 (BAnz AT 4.5.2020 V1) eingeführte und bis zum 31.12.2021 befristete Erhöhung des Betrags auf 60 EUR für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel in Abs. 2 S. 1 fortgeführt. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG vom 11.7.2021, BGBl. I 2754) wurde nach Abs. 5 ein neuer Abs. 6 (Regelung zur Empfehlungen durch Fachkräfte) eingefügt, der bisherige Abs. 6 wurde zu Abs. 7 und – mit Blick auf den neuen Abs. 6 – angepasst.

II. Normzweck und Aufbau

- 2 Die Vorschrift regelt den Anspruch der Pflegebedürftigen auf Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds (ursprünglich „technische Hilfen“ genannt). Ihre Stellung im ersten Titel „Leistungen bei häuslicher Pflege“ macht deutlich, dass sie nur bei der häuslichen Pflege zur Anwendung kommt (vgl. hierzu → Rn. 26 ff., 33).
- 3 Eine Vielzahl von **Hilfsmitteln**, die auch der Erleichterung der Pflege dienen, fallen nicht in die Zuständigkeit der Pflegeversicherung, weil ein anderer Träger vorrangig leistungspflichtig ist (Abs. 1 S. 1 Hs. 2, vgl. → Rn. 22 ff.). Die Abgrenzung der Zuständigkeit war ursprünglich vor allem im Hinblick auf die Selbstbeteiligung nach Abs. 3 S. 4 wichtig, die es in dieser Form in den vorrangig in Betracht kommenden Sozialleistungszweigen entweder nicht gab oder die zumindest anders ausgestaltet war. Seit dem GKV-WSG sind in § 33 Abs. 8 SGB V allerdings auch für Hilfsmittel der GKV Zuzahlungen eingeführt worden. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sieht Abs. 2 einen **monatlichen Höchstbetrag** vor. Abs. 3 beschäftigt sich mit der **Art und Weise**, in der die Pflegekasse den Pflegebedürftigen das Hilfsmittel verschafft und betont den **Vorrang der leihweisen Überlassung** (Abs. 3 S. 1 und 7). Wird das Hilfsmittel den Pflegebedürftigen übereignet, so haben diese eine **Selbstbeteiligung zu tragen (Abs. 3 S. 4)**, von der sie befreit werden können, wenn die Voraussetzungen der **Härtefallregelungen** in § 62 Abs. 1 S. 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 SGB V vorliegen.
- 4 **Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes** können von der Pflegekasse subsidiär bezuschusst werden, wenn hierdurch die häusliche Pflegesituation nachhaltig positiv beeinflusst wird (**Abs. 4**). Die Auswahl der in Betracht kommenden Maßnahmen steht nicht im Ermessen der Pflegekasse (lediglich Beurteilungsspielraum); die bisher für die Festlegung der Höhe geltende Vorgabe in Abs. 4 S. 2 (Berücksichtigung der Kosten der Maßnahmen unter Einschluss eines angemessenen Eigenanteils) ist mit dem PNG ersatzlos gestrichen worden (hierzu → Rn. 41).
- 5 Mit der Regelung in **Abs. 5** hat der Gesetzgeber der Tatsache Rechnung getragen, dass eine Zuständigkeitsabgrenzung bei Hilfsmitteln insbesondere im Verhältnis von Kranken- und Pflegekassen häufig nur schwer zu ermitteln ist. Bei Hilfsmitteln, die sowohl den Zwecken der GKV (Prävention, Krankenbehandlung und Behindertenausgleich) als auch denen der Pflegeversicherung dienen können, **entscheidet der erstangegangene Träger abschließend**; die entstehenden Ausgaben werden insoweit zwischen Krankenkasse und Pflegekasse pauschal aufgeteilt (vgl. unter → Rn. 42).

Neu eingeführt durch das GVWG wurde in **Abs. 6** die Möglichkeit der Empfehlung von Pflegehilfsmittel durch Pflegefachkräfte. Dies führt – in den in der Richtlinie nach Abs. 6 S. 6 genannten Fällen – dazu, dass die Notwendigkeit der Versorgung nach Abs. 1 S. 3 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Abs. 1 SGB V vermutet wird (→ Rn. 43 ff.). 5a

Durch **Abs. 7** (zuvor Abs. 6) gibt es nun auch im SGB XI hinsichtlich der Pflegehilfsmittel und der Zuschüsse zu den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen eine Regelung zur **Genehmigungsfiktion**. Entscheidet die Pflegekasse über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nicht binnen der gesetzlichen Frist, gilt die Leistung als genehmigt (→ Rn. 48 ff.). 5b

III. Anspruch auf Pflegehilfsmittel (Abs. 1–3)

1. Einstufung als Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel können sowohl individuell gefertigte als auch serienmäßig hergestellte Gegenstände sein. Nicht als Pflegehilfsmittel anzusehen sind Mittel, die zum täglichen Lebensbedarf gehören und auch bei nicht pflegebedürftigen Personen Verwendung finden (zB Küchenhilfen, Reinigungsgeräte und -mittel, allgemeine Körperpflegemittel; so auch: Hauck/Noftz/Reimer Rn. 18 f.). Zwar enthält § 40 im Gegensatz zu § 33 Abs. 1 SGB V **keine Ausgrenzung der allgemeinen Gebrauchsgegenstände** des täglichen Lebens; doch lässt schon der Begriff „Pflegehilfsmittel“ keine andere Auslegung zu (s. auch zu Schutzservietten BSG 22.8.2001 – B 3 P 13/00 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 7 = NZS 2002, 374; zu Einmalwaschlappen und feuchtem Toilettenpapier vgl. BSG 24.9.2002 – B 3 P 15/01 R, BeckRS 2003, 40153; zur vergleichbaren Problematik in § 33 Abs. 1 SGB V vgl. BSG 16.9.1999 – B 3 KR 1/99 R, BSGE 84, 266 = SozR 3–2500 § 33 Nr. 33 = BeckRS 2000, 40278). § 40 differenziert zudem zwischen „zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln“ (Abs. 2) und „technischen Pflegehilfsmitteln“ (Abs. 3); vgl. dazu → Rn. 13, 15. 6

Zur Abgabe von Pflegehilfsmitteln sind nur die nach § 78 Abs. 1 **zugelassenen Leistungserbringer** befugt. Der Verweis in Abs. 1 S. 4 auf § 33 Abs. 6 und 7 SGB V führt zur entsprechenden Anwendung der mit dem GKV-WSG neu eingeführten Beschränkung der Versicherten auf eine Inanspruchnahme derjenigen Leistungserbringer, die Vertragspartner der Pflegekasse sind. Nach § 127 Abs. 1 SGB V haben die Krankenkassen die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten grds. im Wege von Rahmenverträgen mit Beitrittsmöglichkeit sicherzustellen. Daneben besteht die Möglichkeit der Beauftragung im Einzelfall (vgl. hierzu Becker/Kingreen/Lungstras SGB V § 127 Rn. 5 ff.). Über § 78 Abs. 1 S. 3 gelten diese Regelungen auch für die Pflegekasse. Die Spitzenverbände der Pflegekasse haben gem. § 78 Abs. 2 als **Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V ein Pflegehilfsmittelverzeichnis** zu erstellen. Ebenso wie bei dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V ist es für den Versorgungsanspruch aber nicht entscheidend, ob das begehrte Pflegehilfsmittel in dem Verzeichnis gelistet ist, denn es handelt sich dabei nicht um eine abschließende Regelung im Sinne einer Positivliste (vgl. zum Hilfsmittelverzeichnis der GKV ua BSG 30.9.2015 – B 3 KR 14/14 R, SozR 4–2500 § 33 Nr. 48 = BeckRS 2016, 65213 mwN). 7

2. Zweck des Pflegehilfsmittels

Abs. 1 beschreibt den **Zweck**, dem ein Mittel dienen muss, um als Pflegehilfsmittel angesehen werden zu können. Während ein Hilfsmittel in der GKV zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung oder zum Ausgleich einer Behinderung erforder- 8

derlich sein muss, hat der Einsatz eines Hilfsmittels in der Pflegeversicherung der Erleichterung der Pflege, der Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen oder der Ermöglichung einer selbstständigen Lebensführung für die Pflegebedürftigen zu dienen. An diesen Zielrichtungen ist die Erforderlichkeit eines Mittels zu messen, die von der Pflegekasse, nach Abs. 5 uU aber auch von der Krankenkasse, zu prüfen ist (Abs. 1 S. 2).

- 9 Der Zweck der **Erleichterung der Pflege** erfasst nur Hilfen bei den Verrichtungen der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität, also der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 Nr. 1–3. Dabei ist der Anwendungsbereich bei der Verrichtung „Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung“ (§ 14 Abs. 4 Nr. 3) dahingehend eingeschränkt, dass nur solche Wege außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen sind, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und bei denen das persönliche Erscheinen der Pflegebedürftigen notwendig ist (zB Arztbesuche oder mobilitätserhaltende Behandlungen bei Physiotherapeuten, vgl. BSG 28.5.2003 – B 3 P 6/02 R, SozR 4–3300 § 15 Nr. 1 = BeckRS 2003, 41717; 24.6.1998 – B 3 P 4/97 R, SozR 3–3300 § 14 Nr. 5 = BeckRS 9998, 32757). Soll die Wohnung aus anderen Gründen verlassen werden, kommt als einschlägiger Zweck die Ermöglichung einer selbstständigen Lebensführung in Betracht (vgl. zu dieser Abgrenzung BSG 16.7.2014 – B 3 KR 1/14 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 11 = BeckRS 2014, 72081).
- 10 In Bezug auf das Ziel, den Pflegebedürftigen durch die Versorgung mit einem Hilfsmittel eine **selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen**, enthält Abs. 1 selbst nach seinem Wortlaut keine weiteren Anforderungen, die an die Einsatz- und Verwendungsmöglichkeiten des Hilfsmittels zu stellen sind. Auch die Gesetzesmaterialien lassen insoweit keine Einschränkungen erkennen (BT-Drs. 12/5262, 113 zu § 36 E). Bei der Erforderlichkeit des Pflegehilfsmittels ist die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung umfassend zu berücksichtigen; in diesem Zusammenhang darf nicht nur auf die Bereiche Mobilität, Ernährung und Körperpflege abgestellt und gefragt werden, ob das Hilfsmittel dort zur Erhaltung der Selbstständigkeit beiträgt (BSG 17.5.2000 – B 3 P 9/99 R, SozR 3–3300 § 39 Nr. 3 = NZS 2001, 322). Anders als im Rahmen des § 33 Abs. 1 SGB V kommt eine Begrenzung auf Hilfsmittel, die unabhängig von der konkreten Wohnsituation Anwendung finden können, nicht in Betracht.
- 11 Der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung besteht bei **Pflegebedürftigen aller Pflegegrade** in gleichem Umfang. Das Gesetz regelt nicht ausdrücklich, ob ein Anspruch auf Pflegehilfsmittel und auf einen Zuschuss zur wohnumfeldverbessernden Maßnahme auch dann besteht, wenn allein durch deren Einsatz **Pflegebedürftigkeit vermieden wird**. Dies kann zB beim Einsatz eines Hausnotrufsystems der Fall sein, wenn dieses die ständige Anwesenheit von Pflegepersonen für die Beaufsichtigung alleinlebender Versicherter, bei denen jederzeit eine Situation der Hilflosigkeit eintreten kann, vermeidet. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass nach der Rspr. des BSG (BSG 19.2.1998 – B 3 P 7/97 R, SozR 3–3300 § 15 Nr. 1 = NZS 1998, 479; 24.6.1998 – B 3 P 4/97 R, SozR 3–3300 § 14 Nr. 5 = BeckRS 9998, 32757; 26.11.1998 – B 3 P 13/97 R, SozR 3–3300 § 14 Nr. 8 = BeckRS 1998, 30036078) ein allgemeiner Aufsichtsbedarf bzw. die Erforderlichkeit einer Rufbereitschaft allein nicht ausreicht, den nach § 15 notwendigen Pflegebedarf zu begründen. Der Einsatz des Pflegehilfsmittels kann jedoch ggf. dazu führen, dass der Bereich erreicht wird, der keine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten zur Folge hat (§ 15 Abs. 3 S. 4 Nr. 1). Ist dies der Fall, kann der Anspruch nach § 40 nicht mit der Erwägung verneint werden, die Betroffenen seien (nach der Versorgung mit einem Hilfsmittel) nicht mehr bzw. insgesamt nicht für einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten pflegebedürftig.
- 12 Da die Notwendigkeit eines Pflegehilfsmittels zumeist von den individuellen Bedürfnissen und Lebensverhältnissen der Pflegebedürftigen abhängt, ermöglicht

S. 2 der Pflegekasse, eine **Pflegefachkraft oder den MD an der Prüfung zu beteiligen**. Deren Einschaltung soll, auch wenn das Gesetz dies nicht ausdrücklich vorschreibt, vor allem dem Zweck dienen, den Bedarf an Pflegehilfsmitteln im häuslichen Umfeld zu ermitteln. Durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) vom 22.12.2020 (BGBl. I 3299) wurde die Beauftragung einer Pflegefachkraft oder des MD in das Ermessen der Pflegekasse gestellt. Dadurch erfolgt eine Angleichung an die bereits in § 275 Abs. 3 SGB V bestehende Regelung zur Beauftragung des MD vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch die Krankenkasse (vgl. BT-Drs. 19/24727, 63). Eine ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich (§ 18 Abs. 6a S. 5; vgl. in diesem Zusammenhang auch die Regelung hinsichtlich Empfehlung eines Pflegehilfsmittels durch Pflegefachkraft, → Rn. 43 ff.).

3. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Abs. 2)

Abs. 2 sieht für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel teilweise Sonderregelungen vor. Bei diesen Pflegehilfsmitteln handelt es sich um Mittel, die wegen ihrer Beschaffenheit oder aus hygienischen Gründen nicht häufig, idR nur einmal, benutzt werden können. Auf die Dauer der Benutzung des einzelnen Mittels kommt es nicht an. Zu den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln zählen beispielsweise **Einmalhandschuhe, Krankenunterlagen**; es ist unbeachtlich, ob die Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen oder als Pflegesachleistung von Pflegekräften ambulanter Pflegedienste erbracht wird. Andere zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, die bei der Pflege behinderter oder gebrechlicher Menschen häufig eingesetzt werden, wie etwa Inkontinenzartikel und Katheter samt Zubehör, fallen in die Leistungspflicht der GKV, da sie idR dem Ausgleich einer Behinderung dienen (zu Ausnahmen vgl. LPK-SGB XI/Richter Rn. 15 mit Beispielen). Pflegehilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, sind zumeist technische Hilfsmittel iSv Abs. 3.

Für die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel dürfen die Pflegekassen monatlich nur **Aufwendungen bis zu 40 EUR** übernehmen. Die zunächst in der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30.4.2020 (BAnz AT 4.5.2020 V1) eingeführte und bis zum 31.12.2021 befristete Erhöhung des Betrags auf 60 EUR wurde durch das Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden befristete Regelungen vom 21.3.2021 (BGBl. I 370) durch Ergänzung des Abs. 2 S. 1 unverändert fortgeführt (BT-Drs. 19/27291, 65). Auch die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel werden den Pflegebedürftigen grundsätzlich als **Sachleistung** zur Verfügung gestellt; die Pflegekassen können die Versorgung der Pflegebedürftigen durch Verträge mit den Leistungserbringern gem. § 78 regeln. Wegen der in Abs. 2 festgelegten **Höchstgrenze** ist die Leistungsveranschaffung problematisch. Mit der Kostenübernahmeerklärung muss die Pflegekasse zugleich sicherstellen, dass der Leistungserbringer den Umfang der monatlich auf Kosten der Pflegekasse abzugebenden zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel überwacht. Eine nachträgliche Kostenerstattung war im Gesetz ursprünglich nicht vorgesehen; die Möglichkeit der Leistungserbringung in Form einer Kostenerstattung wurde durch das PflegeWEG eingeführt; tatsächlich wurde hierdurch nur die bisherige Praxis legalisiert. Der Gesetzgeber geht jedoch davon aus, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Erzielung von Einspareffekten weiterhin bemüht ist, mit Leistungserbringern Verträge abzuschließen (BT-Drs. 16/7439, 57). Aufwendungen über der Höchstgrenze von 40 EUR pro Monat (bzw. bis zum 31.12.2021 von bis zu 60 EUR pro Monat) müssen die Pflegebedürftigen selbst tragen; eine entsprechende Anwendung der Härtefallregelungen in §§ 61, 62 SGB V kommt nicht in Betracht. Abs. 3 S. 5 bezieht sich allein auf die Zuzahlungspflicht, von der zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel nach Abs. 2 aber gerade ausgenommen sind (Abs. 3 S. 4). Durch die Begrenzung auf 40 EUR soll die Kostenbelastung

der Pflegeversicherung begrenzt und dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 29 Rechnung getragen werden. Sowohl die Leistungserbringer als auch die Pflegebedürftigen sind dazu angehalten, die in Betracht kommenden Einsparmöglichkeiten (Direktbezug vom Hersteller, Aushandlung von Rabatten usw.) zu nutzen (so ausdrücklich BT-Drs. 12/5262, 113).

4. Andere, vor allem technische Pflegehilfsmittel (Abs. 3)

- 15 Abs. 3 bezieht sich in erster Linie auf technische Pflegehilfsmittel; die Zuzahlungsregelung (S. 4–6) erfasst jedoch alle wiederverwendbaren Pflegehilfsmittel. Technische Pflegehilfsmittel sollen den Pflegebedürftigen in allen geeigneten Fällen **vorrangig leihweise zur Verfügung** gestellt werden. Bei den Hilfsmitteln der GKV ist die Möglichkeit, dass die Krankenkasse das Hilfsmittel leihweise überlässt, ebenfalls vorgesehen (§ 33 Abs. 5 SGB V – dort allerdings als „kann“-Regelung). Lehnen die Pflegebedürftigen die leihweise Überlassung eines technischen Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, wird die Pflegekasse von ihrer Leistungspflicht frei. S. 7 ist als weitergehende Rechtsfolge zu entnehmen, dass die Pflegekasse die Pflegebedürftigen bei einer grundlosen Weigerung auch im Hinblick auf den Umfang des Pflegebedarfs und die hiervon abhängende Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 so behandeln kann, als seien sie mit dem Pflegehilfsmittel ausgestattet.
- 16 Der Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln umfasst **eine erforderliche Anpassung und die Ausbildung im Gebrauch** des Hilfsmittels (S. 3). Lehnen die Pflegebedürftigen Anpassung bzw. Ausbildung bei einem Hilfsmittel ab, das nur dann sachgerecht benutzt werden kann, wenn es ordnungsgemäß angepasst und/oder die Benutzer mit seiner Verwendung vertraut gemacht worden sind, hat die Pflegekasse das Recht, die Leistung zu verweigern. Bei einem Hilfsmittel, das von der Pflegeperson bedient wird, bezieht sich die Pflicht zur Ausbildung auf die Pflegeperson.
- 17 Das Hilfsmittel ist betriebsfertig zur Verfügung zu stellen und in einem gebrauchsfähigen Zustand zu erhalten. Die notwendigen Kosten für **Instandsetzung, erforderlich werdende Änderungen und Betriebskosten** sind ebenfalls von der Pflegekasse zu tragen (zu § 33 SGB V vgl. BSG 6.2.1997 – 3 RK 12/96, BSGE 80, 93 = SozR 3–2500 § 33 Nr. 24 = NZS 1997, 467). Die sachgerechte Nutzung und Pflege des Hilfsmittels sowie der Schutz vor Beschädigung fallen in den Verantwortungsbereich der Pflegebedürftigen (noch zu § 182b RVO vgl. BSG 27.11.1990 – 3 RK 31/89, SozR 3–2200 § 182b Nr. 3 = BeckRS 1990, 30735567). Die Pflegekasse ist auch zur Ersatzbeschaffung verpflichtet, soweit das Hilfsmittel unbrauchbar geworden ist oder den Pflegeerfordernissen nicht mehr entspricht.
- 18 Schwierigkeiten kann die **Abgrenzung zwischen technischen Hilfsmitteln** iSv Abs. 3 und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach Abs. 4 machen, die schon wegen des unterschiedlich ausgestalteten Eigenanteils erforderlich ist; hinzu kommt, dass der Pflegekasse bei der Gewährung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach Abs. 4 hinsichtlich der Höhe der Leistung Ermessen zusteht. Relevant wird die Abgrenzungsfrage auch hinsichtlich der Erstattung von Reparaturkosten (vgl. zur Abgrenzung → Rn. 32).

5. Umfang der Leistung/Zuzahlung

- 19 Der Anspruch der Versicherten auf ein Pflegehilfsmittel ist auf das **Maß des Notwendigen** begrenzt. Mehrkosten sowie die dadurch bedingten Folgekosten haben die Versicherten selbst zu tragen. Abs. 1 S. 3 wurde mit dem PflegeWEG eingeführt und geht zurück auf § 31 Abs. 3 SGB IX aF, dem die Intention zugrunde lag, die Wahlfreiheit der behinderten Menschen in Bezug auf Ausstattung und Qualitätsstufe eines Hilfsmittels zu verbessern und sie nicht auf die preisgünstigste

Ausführung („Kassengestell“) festzulegen. Mit dem GKV-WSG wurde auch in § 33 Abs. 1 S. 4 SGB V (heute S. 9) für Hilfsmittel der GKV eine entsprechende Regelung eingeführt. Ist für ein Pflegehilfsmittel ein Festbetrag nach § 78 Abs. 1 S. 3 iVm § 36 SGB V festgesetzt, so trägt die Pflegekasse die Kosten des Mittels bis zur Höhe dieses Betrags; wählen die Pflegebedürftigen ein Produkt, dessen Preis höher liegt als der Festbetrag, so haben sie die weitergehenden Kosten selbst zu tragen.

Bei allen Pflegehilfsmitteln, außer den zum Verbrauch bestimmten (Abs. 2), werden die Versicherten mit einer **Zuzahlung** (zehn vH der Kosten des Hilfsmittels, höchstens 25 EUR) belastet, wenn das Hilfsmittel in ihr Eigentum übergeht. Bei leihweise überlassenen Hilfsmitteln fällt eine Zuzahlung nicht an. Die Zuzahlung vereinnahmt der Leistungserbringer, nicht die Pflegekasse. 20

Die Pflegekasse kann die Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 SGB V zur Vermeidung von Härten ganz oder teilweise von der **Zuzahlungspflicht befreien** (Abs. 3 S. 5 und 6). § 62 Abs. 1 SGB V sieht Zuzahlungen bis zur individuell zu bestimmenden Belastungsgrenze der Versicherten vor. Die Belastungsgrenze ist individuell nach § 62 Abs. 1 S. 1, 2 und 6 SGB V iVm § 62 Abs. 2 und 3 SGB V zu ermitteln; Sinn und Zweck der entsprechenden Anwendung von § 62 SGB V sprachen schon bislang dafür, die Summe der Zuzahlungen aus der GKV und der Pflegeversicherung zu berücksichtigen; der im PflegeWEG neu eingefügte S. 6 ordnet dies jetzt auch ausdrücklich an. Versicherte, die die Belastungsgrenze in der GKV bereits erreicht haben, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags in der Pflegeversicherung von vornherein freigestellt. Die in beiden Systemen geleisteten Zuzahlungen sind in jedem Fall zu addieren. Nach dem Wortlaut von S. 5 steht das Absehen von der Zuzahlung im Ermessen der Pflegekasse; bei Vorliegen der zwingenden Voraussetzungen von § 62 SGB V besteht hierfür allerdings kein Raum. Entsprechend § 62 SGB V ist die Zuzahlung auf die **individuelle Belastungsgrenze** von zwei vH der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Für Pflegebedürftige, die nach den Regelungen des § 62 Abs. 1 S. 2 Hs. 2 SGB V als chronisch krank anerkannt sind, gilt als Belastungsgrenze auch in der Pflegeversicherung der reduzierte Wert von ein vH der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Nicht anzuwenden ist allerdings die hiervon abweichende Regelung der GKV, wonach die Belastungsgrenze bei solchen Versicherten wiederum auf zwei vH ansteigt, die nicht an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Nicht als Zuzahlungen zu berücksichtigen sind: Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, die über 40 EUR monatlich hinausgehen und Mehrkosten für besondere, allerdings nicht notwendige Ausstattungen von Pflegehilfsmitteln. 21

IV. Vorrangige Leistungspflicht eines anderen Trägers (Abs. 1 S. 1 Hs. 2)

1. Allgemeiner Vorrang

Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln aus der Pflegeversicherung ist ausgeschlossen, wenn das benötigte Hilfsmittel wegen Krankheit oder Behinderung von der GKV oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten ist. In Betracht kommt vor allem eine Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 27 Abs. 1 Nr. 4 SGB VII) oder der Kriegsopferversorgung (§ 13 BVG, ab dem 1.1.2024 § 46 SGB XIV), wenn das Hilfsmittel dem Ausgleich einer durch Arbeitsunfall oder Schädigung iSd BVG (bzw. iSd § 2 Abs. 2 SGB XIV) verursachten Behinderung dient; zur **Abgrenzung der Leistungspflicht der Pflegeversicherung gegenüber anderen Sozialleistungsträgern** vgl. Rundschreiben § 40 Ziff. 6.3. Ungleich häufiger ist jedoch eine Leistungspflicht der GKV nach § 33 Abs. 1 SGB V. Bedeutung hatte der Vorrang der GKV für die Versicherten ursprünglich vor allem deshalb, weil in § 33 22

SGB V eine Selbstbeteiligung, wie sie für Pflegehilfsmittel in Abs. 3 stets vorgeschrieben war, nicht vorgesehen war. Der Anspruch auf zuzahlungsfreie Hilfsmittelversorgung wurde dort jedoch durch das GKV-WSG abgeschafft; § 33 Abs. 8 SGB V sieht seither eine vergleichbare Selbstbeteiligung vor.

2. Abgrenzung zur GKV

- 23 Die **Abgrenzung der Zuständigkeit der Pflegekasse von der der GKV** ist nicht immer einfach. Nach § 33 Abs. 1 SGB V ist der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln Bestandteil der von der GKV zu leistenden Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Er umfasst Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern (1. Variante), einer drohenden Behinderung vorzubeugen (2. Variante) oder eine Behinderung auszugleichen (3. Variante), soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 SGB V (Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis) ausgeschlossen sind. Während bei den Hilfsmitteln, die der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung dienen (1. Variante) eine Abgrenzung zu den Pflegehilfsmitteln weitgehend unproblematisch ist und auch das Vorbeugen drohender Behinderungen nicht im Vordergrund steht, sind die dem Ausgleich einer Behinderung dienenden Hilfsmittel (3. Variante) häufig solche, die zugleich die Voraussetzungen des § 40 Abs. 1 erfüllen. Nach der Rspr. fallen unter die 3. Variante solche Hilfsmittel, die ausgefallene natürliche Funktionen zumindest teilweise ersetzen. Dient ein Hilfsmittel dem Ausgleich weitergehender Folgen, so ist die Krankenkasse leistungspflichtig, wenn es sich um lebensnotwendige Grundbedürfnisse handelt: Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums; Aufnahme von Informationen, die Kommunikation mit anderen Menschen sowie das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens bzw. eines Schulwissens (vgl. ua BSG 25.2.2015 – B 3 KR 13/13 R, SozR 4–2500 § 33 Nr. 44 = BeckRS 2015, 69880).
- 24 Bei der Zuständigkeit der GKV bleibt es auch dann, wenn ein Hilfsmittel zugleich der Erleichterung der Pflege und dem Ausgleich einer Behinderung bzw. der Aufrechterhaltung lebenswichtiger Grundbedürfnisse dient (BSG 25.1.1995 – 3/1 RK 63/93, SozR 3–2500 § 33 Nr. 13 = BeckRS 1995, 40634). Dies ist auch dann der Fall, wenn ein Hilfsmittel die Durchführung bestimmter Pflegemaßnahmen erst ermöglicht, die für die elementare Lebensführung des Betroffenen unerlässlich sind und die ohne Einsatz des Hilfsmittels unterbleiben müssten (zB Lagerung, Ernährung, elementare Körperpflege). Als vom Leistungskatalog der GKV umfasste Hilfsmittel wurden beispielsweise eine WC-Automatik (BSG 19.12.1978 – 3 RK 26/78, SozR 2200 § 182b Nr. 10 = BeckRS 1978, 30705512), ein faltbarer Krankenfahrstuhl (BSG 2.8.1979 – 11 RK 7/78, SozR 2200 § 182b Nr. 13), eine Treppenrampe (BSG 22.5.1984 – 8 RK 27/83, SozR 2200 § 182b Nr. 29 = NZA 1985, 198), Einmalwindeln (BSG 7.3.1990 – 3 RK 15/89, BSGE 66, 245 = SozR 3–2500 § 33 Nr. 1 = BeckRS 1990, 30733476) und ein behindertengerechtes Krankenbett (BSG 25.1.1995 – 3/1 RK 63/93, SozR 3–2500 § 33 Nr. 13 = BeckRS 1995, 40634) qualifiziert.
- 25 Geht es dagegen nahezu ausschließlich um die Ermöglichung oder Erleichterung der Pflege, ist die Pflegeversicherung zuständig (vgl. BSG 12.6.2008 – B 3 P 6/07 R, BSGE 101, 22 = SozR 4–3300 § 40 Nr. 8 = BeckRS 2008, 57829, in Bezug auf eine Deckenliftanlage). Dies ist der Fall, wenn die Pflegemaßnahme auch ohne Benutzung des Hilfsmittels durchführbar wäre, von der Pflegeperson jedoch einen erhöhten Einsatz verlangte. Für die Zuordnung ein und desselben Hilfsmittels zur GKV oder Pflegeversicherung sind danach häufig die konkreten Verhältnisse des

Einzelfalls ausschlaggebend. Beispiel: Ein Selbstfahrerrollstuhl ist normalerweise Hilfsmittel der GKV, weil er allgemein Defizite beim Zurücklegen von Wegen kompensieren soll; dient ein spezieller Rollstuhl dagegen allein dem Zweck, die Strecke zwischen dem Bett bzw. Sessel und dem Bad bzw. der Toilette zurückzulegen, um dort erforderliche Pflegemaßnahmen durchzuführen, so handelt es sich um ein Pflegehilfsmittel (s. auch LPK-SGB XI/Richter Rn. 7; zur Abgrenzung bei Rollstühlen vgl. BSG 10.2.2000 – B 3 KR 26/99 R, BSGE 85, 287 = SozR 3–2500 § 33 Nr. 37 = BeckRS 2000, 40789).

Die genannten Grundsätze können auf das **Verhältnis von privater Krankenversicherung und privater Pflegeversicherung** grundsätzlich nicht übertragen werden. Sind Pflegebedürftige privat krankenversichert und verfügen dort im Hinblick auf die Hilfsmittelversorgung nur über einen eingeschränkten Versicherungsschutz, so können sie einen Anspruch auf ein Hilfsmittel als Leistung der privaten Pflegeversicherung nicht aus dem Gebot eines gleichwertigen Mindestschutzes in der privaten und sozialen Pflegeversicherung (§ 23 Abs. 1 S. 2) ableiten, wenn dieses Hilfsmittel vorwiegend dem Behinderungsausgleich dient und nur deshalb nicht von der privaten Krankenversicherung geleistet wird, weil dort kein entsprechender Versicherungsschutz vereinbart worden ist. Ein unzureichender Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung begründet keine subsidiäre Einstandspflicht der privaten Pflegeversicherung; auch wenn das Hilfsmittel zur Pflegeererleichterung oder selbstständigeren Lebensführung eingesetzt werden kann (BSG 10.11.2005 – B 3 P 10/04 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 2 = BeckRS 2006, 40196 – eigenbedienbarer Elektro-Rollstuhl bei einem MS-Patienten).

V. Pflegehilfsmittel im Rahmen der stationären Versorgung

Ein Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln nach § 40 kommt **nur bei der häuslichen Pflege** in Betracht. Die Zuständigkeit für die Ausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen mit Hilfsmitteln ist im Gesetz nur unvollkommen geregelt. Zur Orientierung sind die folgenden Eckpunkte zu beachten: Ein Anspruch der stationär versorgten Pflegebedürftigen auf Gewährung einzelner Hilfsmittel durch die Pflegekasse lässt sich dem SGB XI nicht entnehmen. Entgelt- bzw. Vergütungsansprüche der Pflegeeinrichtung beziehen sich ebenfalls nicht auf einzelne Hilfsmittel. Die Aufwendungen für Hilfsmittel lassen sich allenfalls den Investitionskosten zuordnen; gegen eine Berücksichtigung beim Pflegesatz bzw. den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung lässt sich anführen, dass das SGB XI in § 82 Abs. 2 und 3 offensichtlich davon ausgeht, dass technische Hilfsmittel, die für eine sachgerechte Pflege in einer stationären Einrichtung erforderlich sind, als betriebsnotwendige notwendige Investitionen zur notwendigen Grundausstattung einer solchen Einrichtung gehören. Dies spricht zunächst dafür, dass die für den Betrieb eines Pflegeheims erforderlichen Hilfsmittel vom Träger der Einrichtung anzuschaffen sind (s. auch BSG 10.2.2000 – B 3 KR 26/99 R, BSGE 85, 287 = SozR 3–2500 § 33 Nr. 37 = BeckRS 2000, 40789) und dieser eine Refinanzierung entweder über die dem zuständigen Bundesland obliegende Förderung der Investitionskosten vornehmen oder anteilig die Pflegebedürftigen als Nutzer in Anspruch nehmen kann (§§ 9 und 82 Abs. 3 und 4). Dementsprechend unterstellt § 33 Abs. 1 S. 3 Hs. 2 SGB V eine Pflicht der stationären Einrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind. Dies gilt jedoch nur für Einrichtungen, die die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 erfüllen. Senioren-Wohneinrichtungen, die nicht als stationäre Pflegeeinrichtungen zugelassen sind, zählen nicht hierzu (SchlHLSG 13.3.2009 – L 10 P 10/08, BeckRS 2009, 61397). Erfolgt die pflegerische Versorgung in einer Behinderteneinrichtung nach § 71 Abs. 4, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 besteht,

kann von einer umfassenden Pflicht zur Vorhaltung von Hilfsmitteln ebenfalls nicht ausgegangen werden (BSG 10.2.2000 – B 3 KR 17/99 R, SozR 3–2500 § 33 Nr. 36 S. 207 ff. = BeckRS 2000, 40975).

- 28 Bei Hilfsmitteln, die der Krankenbehandlung (zur Dekubitusbehandlung vgl. BSG 24.9.2002 – B 3 KR 15/02 R, SozR 3–2500 § 33 Nr. 47 = BeckRS 9999, 01524) oder dem Behinderungsausgleich dienen, kollidiert die aufgezeigte Lösung mit dem individuellen Anspruch der Versicherten aus § 33 SGB V, der – im Gegensatz zur früheren Regelung in § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO – nicht schon wegen des Heimaufenthalts ruht (BSG 10.2.2000 – B 3 KR 26/99 R, BSGE 85, 287 = SozR 3–2500 § 33 Nr. 37 = BeckRS 2000, 40789; 6.6.2002 – B 3 KR 67/01 R, BSGE 89, 271 = SozR 3–2500 § 33 Nr. 43 = BeckRS 2003, 4169; 24.9.2002 – B 3 KR 15/02 R, SozR 3–2500 § 33 Nr. 47 = BeckRS 9999, 01524). Die Ausstattungspflicht des Heimträgers verdrängt den individuellen **Anspruch der Pflegebedürftigen gegen ihre Krankenkasse** zumindest dann nicht, wenn es um Hilfsmittel geht, die die Pflegebedürftigen trotz der ansonsten umfassenden Versorgung in der stationären Einrichtung zur Sicherstellung elementarer Lebensbedürfnisse benötigen. So fällt etwa die Gewährung eines Toilettenrollstuhls, der es Gehbehinderten ermöglichen soll, ohne Inanspruchnahme von Pflegepersonal die Toilette aufzusuchen, auch bei stationärer Pflege in die Leistungspflicht der GKV (BSG 28.5.2003 – B 3 KR 30/02 R, SozR 4–2500 § 33 Nr. 4 = BeckRS 2003, 41026). Hilfsmittel, die bei vollstationärer Pflege zur Behandlungspflege benötigt werden (etwa eine Ernährungspumpe), sind in jedem Fall von der Krankenkasse zu gewähren (BSG 6.6.2002 – B 3 KR 67/01 R, BSGE 89, 271 = SozR 3–2500 § 33 Nr. 43 = BeckRS 2003, 4169).

- 29 **Abgrenzungskatalog der Pflegekassen zur Hilfsmittelversorgung:** Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben zur Ausstattung der Pflegeheime mit Hilfsmitteln eine gemeinsame Verlautbarung abgegeben, in der sie als Anhang einen Abgrenzungskatalog „Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen)“ aufgestellt haben; die aktuelle Fassung stammt vom 27.5.2007, in der Beschlussfassung vom 7.5.2007 (Quelle: abrufbar unter <http://www.gkv-spitzenverband.de>). Hierbei handelt es sich um Verwaltungsbinnenrecht, das eine Selbstbindung der Pflegekassen begründen und in Streitfällen als Anhaltspunkt für eine sachgerechte Abgrenzung herangezogen werden kann (s. auch BSG 10.2.2000 – B 3 KR 17/99 R, SozR 3–2500 § 33 Nr. 36 S. 206 = BeckRS 2000, 40975). Zweifelhaft ist allerdings die der Verlautbarung zugrundeliegende Annahme (Ziff. 2.1.2), die Abgrenzung der Leistungspflicht der GKV für notwendige Hilfsmittel könne nicht allgemeinverbindlich und rein produktspezifisch vorgenommen werden; vielmehr sei jeder einzelne Versorgungsfall unter Berücksichtigung der Einrichtungsstruktur und Bewohnerklientel der stationären Einrichtung individuell zu prüfen. Hierbei seien auch die Versorgungsverträge bzw. die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (seit dem Inkrafttreten des PflegeWEG ersetzt durch die Leistungs- und Qualitätsmerkmale in der Pflegesatzvereinbarung, vgl. § 84 Abs. 5) zu berücksichtigen. Dies würde bedeuten, dass der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V davon abhängen soll, in welchem Pflegeheim der Einzelne versorgt wird, was mit elementaren Prinzipien des Leistungsrechts der GKV nicht vereinbar sein dürfte.

VI. Anspruch auf Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (Abs. 4)

1. Einstufung als Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes

- 30 Abs. 4 definiert nicht, welche Maßnahmen als Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes anzusehen sind; als Beispiel werden lediglich die technischen Hilfen im Haushalt genannt. Nach der Gesetzesbegründung sind von Abs. 4 auch Umbau-

maßnahmen wie zB die Verbreiterung von Türen, der Einbau einer behindertengerechten Dusche oder eines Treppenliftes umfasst. Auch einfache technische Hilfen wie Haltegriffe oder mit dem Rollstuhl unterfahrbare Einrichtungsgegenstände werden genannt (BT-Drs. 12/5262, 114 zu § 36). Das Gemeinsame Rundschreiben vom 22.12.2022 zu den Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (Rundschreiben § 40) enthält unter Ziff. 8 einen Katalog der möglichen wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, wobei dieser Katalog nicht als verbindlich angesehen werden kann. Insoweit fehlt es im Gesetz an einem Regelungsauftrag (nach § 78 Abs. 2 S. 1 haben die SpiV der Pflegekassen lediglich das Nähere zur Bemessung der Zuschüsse zu regeln). Welche Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes in Betracht kommen, liegt nicht im Ermessen der Pflegekassen, vielmehr handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der der Überprüfung durch die Gerichte unterliegt (BSG 13.5.2004 – B 3 P 5/03 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 1 = NZS 2000, 404). Es besteht kein Anspruch auf eine Bezuschussung solcher Maßnahmen, die allgemein der Steigerung des Wohnkomforts dienen oder die Haus- oder Wohnungsbesitzer auch ohne Vorliegen von Pflegebedürftigkeit vorgenommen hätten (Beispiel: allgemeine, nicht mit der die Pflegebedürftigkeit begründenden Behinderung im Zusammenhang stehende Sicherheitsmaßnahmen). Auch Maßnahmen, die nur durch bestimmte Lebensgewohnheiten der Pflegebedürftigen erforderlich werden, müssen nicht bezuschusst werden (vgl. etwa BSG 26.4.2001 – B 3 P 15/00 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 4 = BeckRS 2002, 40243; vgl. zum Ganzen auch LPK-SGB XI/Richter Rn. 26).

Die Rspr. geht von **drei Gruppen von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen** aus, wobei es auch zu Überschneidungen kommt (vgl. zu dieser Einteilung BSG 12.6.2008 – B 3 P 6/07 R, BSGE 101, 22 = SozR 4–3300 § 40 Nr. 8 = BeckRS 2008, 57829). Unabhängig vom Grad der Befestigung in der Wohnung stellen zunächst dem Zweck nach diejenigen Hilfen eine Maßnahme der Wohnumfeldverbesserung iSv Abs. 4 dar, die eine **Anpassung der konkreten Wohnungsbau an die Bedürfnisse der behinderten Menschen bezwecken** und deshalb in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendig ebenso benötigt werden. Darunter fallen insbesondere Treppenlifte oder Aufzüge (vgl. ua BSG 19.12.1978 – 3 RK 26/78, SozR 2200 § 182b Nr. 10 = BeckRS 1978, 30705512; 13.5.2004 – B 3 P 5/03 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 1 S. 2 = NZS 2000, 404; zuletzt BSG 25.1.2017 – B 3 P 2/15 R, BeckRS 2017, 107337; 1. Gruppe). Ebenfalls dem Zweck nach sind solche Hilfen den Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung zuzurechnen, die in Abs. 4 beispielhaft als „**technische Hilfen im Haushalt**“ angeführt sind. Nach den Gesetzesmaterialien ist dabei an Haltegriffe oder mit dem Rollstuhl unterfahrbare Einrichtungsgegenstände gedacht (vgl. BT-Drs. 12/5262, 114; 2. Gruppe). Unabhängig von ihrem Zweck stellen schließlich auch solche Hilfen eine Maßnahme der Wohnumfeldverbesserung nach Abs. 4 dar, die der **Wohn- oder Gebäudesubstanz auf Dauer hinzugefügt werden**. Davon ist die Rspr. ausgegangen, wenn die Hilfe befestigungsbedingt zum dauerhaften Bestandteil von Wohnung oder Haus wurde und bei einem Umzug nicht ohne Weiteres mitgenommen werden kann (vgl. BSG 12.6.2008 – B 3 P 6/07 R, BSGE 101, 22 = SozR 4–3300 § 40 Nr. 8 = BeckRS 2008, 57829). Neben Aufzügen und Treppenliften sind von dieser Gruppe ua auch Klingelanlagen erfasst (BSG 28.6.2001 – B 3 P 3/00 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 6 = NZS 2002, 153).

Schwierigkeiten kann die **Abgrenzung zwischen technischen Hilfsmitteln iSv Abs. 3 und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach Abs. 4** machen, die schon wegen des unterschiedlich ausgestalteten Eigenanteils erforderlich ist; hinzukommt, dass der Pflegekasse bei der Gewährung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach Abs. 4 hinsichtlich der Höhe der Leistung Ermessen zusteht. Darüber hinaus sieht Abs. 4, anders als Abs. 3, keinen Anspruch auf die Übernahme von Reparaturkosten vor (vgl. dazu auch → Rn. 34). Gegenstände, die mit dem Baukör-

per dauerhaft verbunden werden und zu einer **baulichen Veränderung des Wohnumfeldes** führen, sind im Regelfall keine Leistungen iSv Abs. 1, weil Abs. 4 eine eigenständige und spezielle Regelung darstellt, die einen Rückgriff auf Abs. 1 ausschließt. Insoweit lässt auch § 47 Abs. 1 SGB IX eine Subsumtion unter den Begriff des Hilfsmittels nicht zu; danach sind Hilfsmittel nur Hilfen, die von dem Leistungsempfänger bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können. Die Hilfsmitelegeigenschaft fehlt – sowohl im Hinblick auf den in der GKV zumeist maßgebenden Behinderungsausgleich als auch in Bezug auf eine für die Pflegeversicherung entscheidende Verbesserung der Pflegesituation – wenn es um Hilfen geht, die eine **Anpassung der konkreten Wohnumgebung** an die Bedürfnisse behinderter Menschen darstellen (zB Veränderung der Griffe an Fenstern, BSG 26.4.2001 – B 3 P 24/00 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 5 = BeckRS 2001, 41612). In der Pflegeversicherung kommen insoweit allein Maßnahmen nach Abs. 4 in Betracht. Bei der Abgrenzung zwischen Hilfsmittel und Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung kann nach Auffassung des BSG jedoch nicht **allein auf die Festigkeit der Verbindung im statischen Sinn** abgestellt werden; maßgebend sei vielmehr die Dauerhaftigkeit in zeitlicher Hinsicht. An der Hilfsmitelegeigenschaft fehlt es deshalb dann, wenn der betroffene Gegenstand nach der Verkehrsauffassung bei einem Umzug regelmäßig in der Wohnung verbleibt und nicht mitgenommen wird. Eine Deckenliftanlage hat das BSG danach als Hilfsmittel angesehen, die je nachdem, wo das Schwergewicht ihres Einsatzzwecks liegt, entweder nach § 33 SGB V in die Leistungspflicht der GKV oder nach § 40 Abs. 1 in die der Pflegeversicherung fällt (BSG 12.6.2008 – B 3 P 6/07 R, BSGE 101, 22 = SozR 4–3300 § 40 Nr. 8 = BeckRS 2008, 57829). Insoweit kann die Rspr. zu § 33 Abs. 1 SGB V, die in vergleichbaren Fällen eine Leistungspflicht der GKV verneint (vgl. BSG 6.8.1998 – B 3 KR 14/97 R, SozR 3–2500 § 33 Nr. 30 = BeckRS 1998, 30021324), nicht ohne Weiteres übertragen werden (vgl. hierzu BSG 3.11.1999 – B 3 P 3/99 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 1 = BeckRS 2000, 40279). Das BSG hat auch ein Türöffnungssystem als wohnumfeldverbessernde Maßnahme eingestuft (BSG 25.1.2017 – B 3 P 4/16 R, NZS 2017, 392).

- 33 Ursache der Leistung** können sowohl wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in der **Wohnung** sein, die Pflegebedürftige bereits vor Eintritt des Versicherungsfalls oder einer Verschlimmerung bewohnt haben, als auch Aufwendungen für eine pflegerechte Ausstattung in einer Wohnung, die im Hinblick auf die Durchführung der Pflege neu beschafft wird (BSG 26.4.2001 – B 3 P 24/00 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 5 = BeckRS 2001, 41612). Förderungsfähig sind nicht nur Maßnahmen in der Wohnung der Pflegebedürftigen, sondern auch in dem Haushalt, in den sie aufgenommen worden sind. Es muss sich allerdings um den auf Dauer angelegten, unmittelbaren Lebensmittelpunkt der Pflegebedürftigen handeln. Ausgeschlossen sind nur zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2. Soweit die Pflegekassen (Rundschriften § 40 Ziff. 3) auch andere Wohneinrichtungen ausschließen wollen, die von Vermietern gewerbsmäßig nur an Pflegebedürftige vermietet werden, fehlt es sowohl an einer Grundlage im Gesetz als auch an praktikablen Abgrenzungskriterien. Der Ausschluss dürfte zudem auch dem Anliegen des Gesetzgebers zuwiderlaufen, neue Wohnformen zu fördern, in denen die Versorgung ambulant durchgeführt werden kann.
- 34** Die Pflegebedürftigen erhalten **nur einen Zuschuss je Maßnahme**. Als Maßnahme ist die **gesamte pflegerechte Umgestaltung der Wohnung** anzusehen; der Umfang der Maßnahme bestimmt sich nach den Erfordernissen der Pflege im Zeitpunkt der Antragstellung (hierzu eingehend BSG 3.11.1999 – B 3 P 6/99 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 2 = NZS 2000, 355). Die Umgestaltung von Teilbereichen der Wohnung oder von Außenanlagen kann nicht als einzelne Maßnahme iSv S. 3 angesehen werden. Eine **neue Maßnahme** kann idR nur angenommen werden, wenn sich die Pflegesituation geändert hat. Der Umzug in eine erst noch behinder-

tengerecht auszustattende Wohnung kann uU auch dann einen Anspruch auf einen zweiten Zuschuss begründen, wenn auch für die zuvor bewohnte Wohnung bereits ein Zuschuss gewährt worden war (BSG 19.4.2007 – B 3 P 8/06 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 4 = BeckRS 2007, 45286). Unter Berücksichtigung der Gesetzessystematik und Konzeption der Ansprüche besteht für **Folgekosten** wohnumfeldverbessernder Maßnahmen in Form von **Reparaturkosten** grundsätzlich kein Anspruch auf einen weiteren Zuschuss nach Abs. 4 bei bereits bezuschusster Maßnahme. Eine Bezuschussung von Reparaturkosten kann ggf. dann in Betracht kommen, wenn die bereits bezuschusste Maßnahme wegen eingetretener Gebrauchsunfähigkeit vollständig ersetzt werden muss oder wenn eine notwendige Reparatur zur Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit zwar möglich ist, wirtschaftlich aber einer Ersatz- bzw. Ersterschaffung gleichkommt. Die Übernahme von Reparatur- und Wartungskosten kommt auch dann in Betracht, wenn der gesetzliche Höchstbetrag des Zuschusses noch nicht ausgeschöpft wurde (vgl. BSG 25.1.2017 – B 3 P 2/15 R, BeckRS 2017, 107337; 25.1.2017 – B 3 P 4/16 R, NZS 2017, 392; so auch das BayLSG 20.4.2016 – L 2 P 69/13, BeckRS 2016, 73113).

Bis zur Einfügung von S. 3 und 4 durch das PNG (→ Rn. 1) ging die Rspr. 35 davon aus, dass das in Abs. 4 S. 2 enthaltene Tatbestandsmerkmal „je Maßnahme“ wohnungsbezogen zu verstehen ist und dann, wenn eine Wohnung von mehreren leistungsberechtigten Pflegebedürftigen bewohnt wird, bei gleichartigen behinderungsbedingten Anforderungen an die Ausgestaltung der Wohnung nur eine Maßnahme vorliegt (BSG 17.7.2008 – B 3 P 12/07 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 9 = BeckRS 2008, 58056). Diese Begrenzung hielt der Ausschuss für Gesundheit (BT-Drs. 17/10170, 16) nicht für sachgerecht. S. 3 lässt nunmehr eine **Addition der Zuschüsse** für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu, wenn die Maßnahme **mehreren Pflegebedürftigen** dient. Die Änderung liegt im Trend der Förderung von Pflegewohngruppen und konkurriert mit dem (zeitlich und dem Gesamtvolumen nach begrenzten) Anspruch auf Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e. Im Rahmen des § 40 Abs. 4 ist der Gesamtzuschuss je Maßnahme auf 16.000 EUR begrenzt. Bei mehr als vier Pflegebedürftigen ist diese Summe anteilig auf die Versicherungsträger der betroffenen Pflegebedürftigen zu verteilen (S. 4).

2. Leistungsvoraussetzungen

Die Gewährung von Zuschüssen für eine Verbesserung des Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen kommt nur in Betracht, wenn durch eine solche Maßnahme eines der folgenden Ziele erreicht wird: 36

- die häusliche Pflege wird überhaupt erst ermöglicht; ohne Durchführung der Maßnahme müssten die Pflegebedürftigen stationär gepflegt werden;
- die häusliche Pflege wird erheblich erleichtert; wesentlich ist dies vor allem, wenn ohne Durchführung der Maßnahme eine Überforderung der Pflegebedürftigen oder der Pflegepersonen droht;
- eine möglichst selbstständige Lebensführung der Pflegebedürftigen wird wiederhergestellt; sie werden unabhängiger von Pflegepersonen.

Sofern die tatbestandlichen Voraussetzungen erfüllt sind, hat der Versicherungsträger pflichtgemäß Ermessen auszuüben, ob (Entschließungsermessen) und in welcher Höhe er Zuschüsse gewährt (vgl. BSG 19.4.2007 – B 3 P 8/06 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 4 = NZS 2008, 41; 28.6.2001 – B 3 P 3/00 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 6 = NZS 2002, 153; BT-Drs. 12/5262, 114 zu § 36 SGB XI-Entwurf).

Hinsichtlich des Tatbestandsmerkmals der **erheblichen Erleichterung der Pflege** hat das BSG unter Bezugnahme auf eine Entscheidung aus 2001 (BSG 26.4.2001 – B 3 P 15/00 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 4 = BeckRS 2002, 40243) klargestellt, dass Maßstab für die Beurteilung der Erheblichkeit der mit einer Maß-

nahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes angestrebten Erleichterung der Pflege ist, ob damit die Pflege in zentralen Bereichen des Hilfebedarfs deutlich und spürbar einfacher wird, was dann auch zu einer Entlastung der Pflegeperson bzw. zur Vermeidung ihrer Überforderung führt. Dabei ist eine drohende oder schon eingetretene Überforderung der Pflegeperson stets ein gewichtiges Indiz für eine erhebliche Erleichterung. Keine tatbestandliche Voraussetzung ist es dagegen, dass ohne die Wohnumfeldverbesserung konkret und wahrscheinlich eine stationäre Unterbringung der Pflegebedürftigen bevorsteht (BSG 25.11.2015 – B 3 P 3/14 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 13, insoweit abweichend von BSG 17.7.2008 – B 3 P 12/07 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 9 = BeckRS 2008, 58056).

- 38 Die größere **Selbstständigkeit in der Lebensführung** muss sich nicht auf die für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Verrichtungen des täglichen Lebens beziehen (BSG 26.4.2001 – B 3 P 15/00 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 4 = BeckRS 2002, 40243; 26.4.2001 – B 3 P 24/00 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 5 = BeckRS 2001, 41612). Maßgebend sind in diesem Zusammenhang aber nur elementare Belange der Lebensführung (BSG 28.6.2001 – B 3 P 3/00 R, SozR 3–3300 § 40 Nr. 6 S. 33 = NZS 2002, 153). Das ist nicht der Fall, wenn das verfolgte Bedürfnis über die üblichen und durchschnittlichen Anforderungen des Wohnstandards und Wohnkomforts hinausgeht; so etwa, wenn mit der Maßnahme eine barrierefreie Nutzung des häuslichen Gartens angestrebt wird (BSG 17.7.2008 – B 3 P 12/07 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 9 = BeckRS 2008, 58056; anders noch: BSG 13.5.2004 – B 3 P 5/03 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 1 = NZS 2000, 404). Eine Treppensteighilfe kann aber der Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung dienen, wenn den Pflegebedürftigen auf diese Weise die Verwirklichung ihres allgemeinen Grundbedürfnisses auf Mobilität in der Wohnung und ihrem Nahbereich erleichtert wird. Dabei kommt es nicht darauf an, dass die Pflegebedürftigen trotz der Maßnahme noch von fremder Unterstützung abhängig sind (BSG 16.7.2014 – B 3 KR 1/14 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 11 = BeckRS 2014, 72081).

3. Subsidiarität (Abs. 4 S. 1)

- 39 Die Pflegeversicherung ist für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nur **subsidiär zuständig**. Ein Vorrang anderer Träger lässt sich bereits aus § 13 Abs. 1 ableiten. Hierzu zählen Leistungen eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn die Pflegebedürftigkeit wesentlich auf Folgen eines Arbeitsunfalls beruht. Eine Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung auch in Bezug auf ein pflegegerechtes Wohnumfeld ergibt sich aus §§ 39 Abs. 1 Nr. 2, 41 SGB VII. Vorrangig sind bei Schwerbehinderten vor allem die im Schwerbehindertenrecht speziell vorgesehenen Hilfen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung/einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der Schwerbehinderten entspricht (§ 49 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX und § 185 Abs. 3 Nr. 1d SGB IX). Hierfür sind die Integrationsämter zuständig. Für Maßnahmen zur Förderung der Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen kommen auch Leistungen nach dem SGB IX in Betracht; ihr Verhältnis zu den entsprechenden Leistungen der Pflegeversicherung ist unklar. Zwar betont § 13 Abs. 3 S. 3, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig sind; dies sollte nach der Entstehungsgeschichte aber wohl nur für komplexe Leistungen gelten, die Bestandteile enthalten, die die Pflegeversicherung nicht vorsieht. Die Subsidiarität der Ansprüche nach § 40 Abs. 4 bezieht sich deshalb nicht auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Diese Leistungen sind nachrangig (vgl. BSG 25.1.2017 – B 3 P 2/15 R, BeckRS 2017, 107337; BayLSG 20.4.2016 – L 2 P 69/13, BeckRS 2016, 73113; Spickhoff/Udsching, 3. Aufl. 2018, 520 Rn. 33).

4. Höhe des Zuschusses (Abs. 4 S. 2–4)

Der Zuschuss ist eine **Teilkostenerstattung**, die Maßnahmen werden von der Pflegekasse nicht zur Verfügung gestellt; es handelt sich daher nicht um eine Sachleistung. Eine Antragstellung vor Beginn der Baumaßnahme oder eine Genehmigung der Pflegekasse ist nicht erforderlich. Den Versicherten steht es allerdings frei, eine entsprechende Zusicherung (§ 31 SGB X) einzuholen.

Die **Höhe des Zuschusses** war bis zur Streichung des früheren S. 2 in Abs. 4 durch das PNG (→ Rn. 1) davon abhängig, in welcher Höhe die Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme und der Höhe ihre Einkommens einen Eigenanteil leisten konnten. Mit der Aufhebung der Regelung wollte der Gesetzgeber einen Beitrag zum Abbau von Bürokratie leisten, weil die Ermittlung des zumutbaren Eigenanteils einen erheblichen Verwaltungsaufwand verursachte. Die Pflegekasse kann die Gewährung von Zuschüssen auch von den zur Verfügung stehenden Mitteln abhängig machen. Zur Bemessung des Zuschusses und zur Höhe des Eigenanteils haben die Spitzenverbände der Pflegekassen, entsprechend dem ihnen in § 78 Abs. 2 S. 1 erteilten Auftrag, Empfehlungen verabschiedet, durch die das ihnen zustehende Ermessen eingeschränkt wird; sie sind zwischenzeitlich in das Rundschreiben (§ 40 Ziff. 5) übernommen worden. Zur erneuten Bezuschussung einer bereits bezuschussten Maßnahme vgl. → Rn. 34.

VII. Zuordnung der Verwaltungszuständigkeit und der Kosten (Abs. 5)

Abs. 5 enthielt ursprünglich eine Verordnungsermächtigung für das BMG, die diesem die Möglichkeit eröffnete, die in die Leistungspflicht der Pflegeversicherung fallenden Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen für die Versicherten verbindlich festzulegen. Die durch das GKV-VStG (→ Rn. 1) eingeführte Neufassung enthält dagegen Regelungen, die vorrangig der Verwaltungsvereinfachung dienen; ihnen kommt Außenwirkung nur insoweit zu, als S. 7 anordnet, dass sich die Zuzahlung nach den für die GKV maßgebenden Vorschriften richtet und für die Prüfung der Erforderlichkeit des Hilfsmittels § 275 Abs. 3 SGB V (Einschaltung des MD) maßgebend ist. Ansonsten dienen die **Regelungen allein der internen Zuordnung der Verwaltungszuständigkeit** und der durch die Bewilligung bestimmter Hilfsmittel verursachten Kosten im Verhältnis von Krankenkasse und Pflegekasse. Betroffen sind nur diejenigen Hilfsmittel, die sowohl in die Zuständigkeit der GKV als auch der sozialen Pflegeversicherung fallen können (private Pflegeversicherung und private Krankenversicherung sind von Abs. 5 nicht erfasst). S. 1 begrenzt den Anwendungsbereich der Vorschrift auf Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die der Vorsorge (§ 23 SGB V), der Krankenbehandlung und dem Behinderungsausgleich (§ 33 SGB V) sowie den in § 40 Abs. 1 genannten Zwecken (Erleichterung der Pflege, Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen, Ermöglichung einer selbstständigen Lebensführung) dienen. Welche Hilfsmittel dies im Einzelnen sind, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkasse in Richtlinien festzulegen, die der Genehmigung durch das BMG bedürfen (S. 3–5; vgl. die Richtlinie zur Festlegung der doppel funktionalen Hilfsmittel, RidoHiMi, vom 24.7.2020, abrufbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de>). S. 8 betont ausdrücklich, dass die Regelungen des Abs. 5 für Ansprüche auf Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen in stationärer Pflege nicht gelten; was sich schon daraus ergibt, dass § 40 für diesen Personenkreis nicht gilt (vgl. → Rn. 26 ff.). Ausgeschlossen ist eine Anwendung der Regelungen von Abs. 5 zudem bei Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben; bei ihnen kommt eine Leistungspflicht der GKV von vornherein nicht in Betracht. Abs. 5 S. 1 legt fest, dass bei den in den Richtlinien

nach S. 3 aufgeführten Hilfs- und Pflegehilfsmitteln der erstangegangene Leistungsträger unter Anwendung der kranken- und der pflegeversicherungsrechtlichen Vorschriften über die Leistungsgewährung abschließend entscheidet. Die hierdurch entstehenden Kosten werden nach S. 2 zwischen der betroffenen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse pauschal aufgeteilt.

VIII. Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung

- 43 Mit dem GVWG (→ Rn. 1) wurde die Möglichkeit eingeführt, dass Pflegefachkräfte in genau benannten Versorgungssituationen konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben können, mit der Folge, dass dann die Notwendigkeit der Versorgung nach Abs. 1 S. 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Abs. 1 SGB V vermutet wird. Nach S. 6 legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), zugleich nach § 53 S. 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, bis zum 31.12.2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach S. 2 die **Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird**; dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll. In den Richtlinien wird nach S. 7 auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Der GKV-Spitzenverband ist dem in der Richtlinie vom 20.12.2021 nachgekommen (abrufbar unter <https://www.gkv-spitzenverband.de>).
- 44 Die **Empfehlung** der Pflegefachkraft muss **konkret** sein, dh sie muss sich auf ein spezifisch ausgewähltes Hilfsmittel beziehen. Bei der Empfehlung ist die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Abs. 1 SGB V iVm § 78 Abs. 2 S. 1 SGB XI genannte Produktart zu bezeichnen oder die 7-stellige Positionsnummer anzugeben (vgl. auch Ziff. 2.2 der Richtlinien nach Abs. 6 S. 6). Zudem muss die Empfehlung **aktuell sein**, dh, sie darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein (Abs. 6 S. 3). Der produktbezogene Geltungsbereich des Abs. 6 bezieht sich auf die Hilfsmittel, die den Zielen des Abs. 1 S. 1 dienen. Der Eintritt der Vermutungswirkung erfolgt deshalb nur dann, wenn die Pflegehilfsmittel bzw. doppelfunktionalen Hilfsmittel zur Erleichterung der Pflege der Pflegebedürftigen oder zur Linderung ihrer Beschwerden beitragen oder den Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen (→ Rn. 8 ff.). In den Richtlinien nach Abs. 6 S. 6 ist deshalb in Anhang II festgelegt, für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel die Vermutungswirkung grundsätzlich gelten kann.
- 45 Die Vermutungswirkung kann auch nur dann eintreten, wenn die **Pflegefachkraft entsprechend geeignet ist**. Es ist deshalb mindestens eine Qualifikation nach dem Pflegeberufgesetz (PflBG) erforderlich (vgl. Ziff. 2.3 der Richtlinien nach Abs. 6 S. 6). Dabei muss die Pflegefachkraft im Rahmen der Empfehlung ihre nach § 293 Abs. 8 SGB V zugewiesene **Beschäftigtennummer und ihre Berufsbezeichnung ab dem 1.1.2023 verpflichtend angeben**. Pflegekassen und Krankenkassen können nach Maßgabe der Richtlinien nach Abs. 6 S. 6 das Vorliegen der erforderlichen Qualifikation in geeigneter Weise (Stichprobenerhebung oder Vollerhebung) überprüfen.
- 46 Die Empfehlungen nach Abs. 6 können ausschließlich im Rahmen folgender Leistungserbringungen erfolgen:
- § 36 SGB XI: Pflegeschulung, häusliche Pflegehilfe,
 - § 37 Abs. 3 SGB XI: Beratung von Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit,
 - § 37 SGB V: Häusliche Krankenpflege,
 - § 37c SGB V: Außerklinische Intensivpflege.

Der **sachliche Anwendungsbereich umfasst allein die häusliche Pflege und nicht die stationären Leistungen**. Entsprechend kann zB in den Fällen, in denen häusliche Krankenpflege oder Behandlungspflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung nach § 43 erbracht wird, die Vermutungswirkung für ein empfohlenes Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel nicht eintreten. Gleiches gilt für die außerklinische Intensivpflege, die ebenfalls im Rahmen einer stationären Unterbringung erbracht werden kann. Auch hier tritt die Vermutungsregelung grundsätzlich nur ein, wenn die Pflegebedürftigen sich in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen, also in ihrem privaten Lebensumfeld befinden (vgl. Ziff. 2.1.4 der Richtlinien nach Abs. 6 S. 6).

Anders als bei § 18 Abs. 6a SGB XI, auf den auch § 33 Abs. 5a S. 3 SGB V 47 Bezug nimmt, ist die Zustimmung der Pflegebedürftigen nicht erforderlich. Einer **ärztlichen Verordnung** gemäß § 33 Abs. 5a SGB V bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung der Pflegefachkraft **nicht** (vgl. § 40 Abs. 6 S. 4).

IX. Genehmigungsfiktion

Mit dem GPVG (→ Rn. 1) wurde auch für den Bereich der Pflegehilfsmittel 48 und der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen die sog. **Genehmigungsfiktion** eingefügt (damals Abs. 6, jetzt Abs. 7). Nach dieser Regelung hat die Pflegekasse über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen **zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen** nach Antragseingang oder in den Fällen der Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des MD nach Abs. 1 S. 2 innerhalb von fünf Wochen zu entscheiden. Die Fristenregelung wurde durch das GVWG (→ Rn. 1) durch S. 2 auch auf die Antragstellung hinsichtlich eines nach Abs. 6 von einer Pflegefachkraft empfohlenen Pflegehilfsmittels ausgeweitet.

Die Regelung entspricht in weiten Teilen der in § 13 Abs. 3a SGB V. Obgleich 49 in der Gesetzesbegründung § 13 Abs. 3a SGB V nicht erwähnt wird (BT-Drs. 19/24727, 63 f.), kann – angesichts der wörtlichen Übereinstimmung der beiden Regelungen – auf die mittlerweile umfangreiche Rspr. zu der krankenversicherungsrechtlichen Regelung zurückgegriffen werden. Nicht weiter begründet wird im Rahmen der Einführung der Genehmigungsfiktion für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, warum S. 7 des § 13 Abs. 3a SGB V nicht übernommen wurde. Dort ist geregelt: Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Daran, dass auch § 40 Abs. 7 letztlich einen Kostenersatzanspruch begründen soll, kann jedoch kein Zweifel bestehen.

Entscheidend für den Beginn der Frist von drei bzw. fünf Wochen ist **ein konkreter und zielgerichteter Antrag** (vgl. hierzu BSG 26.5.2020 – B 1 KR 9/18 R, NJW 2020, 3267 = BeckRS 2020, 24434; 18.6.2020 – B 3 KR 14/18 R, NZS 2021, 219 = BeckRS 2020, 29834). Für die **Berechnung der Frist** sind die Regelungen zur Berechnung gesetzlicher Fristen nach § 26 Abs. 1, 3 S. 1 SGB X in entsprechender Anwendung der §§ 187 ff. BGB heranzuziehen. Kann die Pflegekasse die Fristen nicht einhalten und hat sie dafür hinreichende Gründe, hat sie diese Gründe den Antragstellern rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Anders als in § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V, sieht Abs. 7 nicht die Möglichkeit einer elektronischen Mitteilung vor. Warum die elektronische Mitteilungsmöglichkeit entgegen dem Trend, diese nunmehr in vielen Fällen zu ermöglichen, in Abs. 7 nicht genannt wird, erschließt sich nicht. Obgleich nicht auszuschließen ist, dass dies auf einem gesetzgeberischen Versehen beruht, dürften die Pflegekassen gehalten sein, zunächst weiterhin auf den schriftlichen Mitteilungsweg zurückzugreifen. Die Mitteilung

kann nur dann als rechtzeitig angesehen werden, wenn sie vor Ablauf der Fristen nach S. 1 erfolgt.

- 51 Nach Ablauf der Fristen in S. 1 oder S. 2 gilt die Leistung als genehmigt, wenn nicht eine Mitteilung nach S. 3 erfolgt ist. Dabei ist wichtig, dass die Pflegebedürftigen sich nicht schon vor Ablauf der Frist die Leistungen beschaffen oder sich – z.B. durch vertragliche Bindungen – vorfestlegen. Dann greift die Genehmigungsfiktion nicht. Nach der neuen Rspr des BSG zu § 13 Abs. 3a SGB V (vgl. zu der bisherigen Rspr und der daran geübten Kritik zusammenfassend Becker/Kingreen/Kingreen SGB V § 13 Rn. 30 ff. mwN) begründet eine fingierte Leistungsgenehmigung nach § 13 Abs. 3a SGB V keinen eigenständigen Naturalleistungsanspruch, sondern vermittelt den Versicherten nur eine Rechtsposition, die es ihnen erlaubt, sich die Leistung selbst zu beschaffen, und es der Krankenkasse nach erfolgter Selbstbeschaffung verbietet, eine beantragte Kostenerstattung mit der Begründung abzulehnen, nach dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bestehe kein Anspruch auf die Leistung (BSG 26.5.2020 – B 1 KR 9/18 R, NJW 2020, 3267 = BeckRS 2020, 24434; BSG 18.6.2020 – B 3 KR 14/18 R, NZS 2021, 219 = BeckRS 2020, 29834). Die Rspr des BSG stellt in den Entscheidungen weiter klar, dass das durch die Genehmigungsfiktion begründete Recht der Versicherten zur Selbstbeschaffung auf Kosten der Krankenkasse auch bei materieller Rechtswidrigkeit der selbstbeschafften Leistung besteht, sofern die Versicherten im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung weder Kenntnis noch grob fahrlässige Unkenntnis vom Nichtbestehen des materiellen Leistungsanspruchs haben („Gutgläubigkeit“). Die nach Fristablauf fingierte Genehmigung eines Antrags auf Leistungen hat nicht die Qualität eines Verwaltungsaktes und beendet nicht das durch den Antrag in Gang gesetzte Verfahren, sodass die Krankenkasse weiterhin berechtigt und verpflichtet ist, über den gestellten Antrag zu entscheiden und damit das laufende Verfahren abzuschließen. Dies bedeutet, dass die Möglichkeit zur Selbstbeschaffung aufgrund der Genehmigungsfiktion endet, sobald über den materiell-rechtlichen Leistungsanspruch ablehnend entschieden wurde. Diese Rechtsprechung ist auch auf die Genehmigungsfiktion nach Abs. 7 und die Nichteinhaltung der Fristen nach S. 7 durch die Pflegekassen zu übertragen.

§ 40a Digitale Pflegeanwendungen

(1) **Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den Pflegebedürftigen oder in der Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten ist (digitale Pflegeanwendungen).**

(1a) ¹Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung unterstützen und die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren. ²Keine digitalen Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur

Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind.

(1b) Sofern digitale Pflegeanwendungen nach den geltenden medizinproduktrechtlichen Vorschriften Medizinprodukte sind, umfasst der Anspruch nur digitale Pflegeanwendungen, die nach § 33a Absatz 2 des Fünften Buches Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse sind.

(2) ¹Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommen sind. ²Die Pflegekasse entscheidet auf Antrag des Pflegebedürftigen über die Notwendigkeit der Versorgung des Pflegebedürftigen mit einer digitalen Pflegeanwendung. ³Die erstmalige Bewilligung ist zu befristen. ⁴Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. ⁵Innerhalb der Frist hat die Pflegekasse eine Prüfung vorzunehmen und eine unbefristete Bewilligung zu erteilen, wenn die Prüfung ergibt, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung gemäß Absatz 1 bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird. ⁶Die Pflegekasse darf dazu die pflegebedürftige Person befragen. ⁷Ein erneuter Antrag ist nicht erforderlich. ⁸Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

(3) Ansprüche nach anderen Vorschriften dieses Buches bleiben unberührt.

(4) Die Hersteller stellen den Anspruchsberechtigten digitale Pflegeanwendungen barrierefrei im Wege elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze, auf maschinell lesbaren Datenträgern oder über digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Anspruchsvoraussetzungen	6
1. Formale Voraussetzungen	6
2. Materielle Voraussetzungen	7
a) Digitale Pflegeanwendung	7
b) Notwendigkeit	9
IV. Leistungskonkurrenz (Abs. 3)	10
V. Zurverfügungstellung (Abs. 4)	11

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege vom 3.6.2021 eingeführt (BGBl. I 1309) und trat am 9.6.2021 in Kraft. Sie wurde zur Klarstellung des Anwendungsbereichs und Abgrenzung zu Hilfsmitteln nach dem SGB V mWz 26.3.2022 (BGBl. I 482) um die Abs. 1a und 1b erweitert (BT-Drs. 20/734, 14). Mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlas-

tung in der Pflege vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurde der Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen in §§ 28, 28a aufgenommen.

II. Normzweck

- 2 Der Begriff der digitalen Pflegeanwendung, einer sog. **Gesundheits-App** (Seeliger GuP 2022, 91) wird in § 40a legaldefiniert (Malorny NZS 2022, 443). Der Rechtsanspruch (§§ 38 SGB I, 28 Abs. 1 Nr. 5a SGB XI) auf die Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen stützt sich auf das Selbstbestimmungsrecht des § 2 Abs. 1 und unterstreicht den Vorrang der häuslichen Pflege (§ 3 S. 1). Die Verfahrens- und Anspruchsstruktur wird in § 40a umfassend geregelt. Die Inanspruchnahme erfolgt auf dem Weg der **Kostenerstattung**. Gemeinsam mit den §§ 39a, 40b und 78a beabsichtigt die Norm die Vernetzung des Gesundheitswesens durch Maßnahmen zur Digitalisierung der Versorgungsstrukturen nach dem Vorbild der digitalen Gesundheitsanwendungen im SGB V. Nach § 33a SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktionen zur eigenständigen Wahrnehmung gesundheitsfördernder Maßnahmen wesentlich auf digitalen Technologien beruhen. Eine Anwendung kann grundsätzlich sowohl eine digitale Gesundheitsanwendung sein, wenn sie patientenrelevante positive Versorgungseffekte nachweist, als auch eine digitale Pflegeanwendung, wenn pflegerischer Nutzen nachgewiesen ist.
- 3 Die Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen soll zu einer qualitativ hochwertigen und an die individuellen Umstände und Bedürfnisse angepassten häuslichen Versorgungssituation der Pflegebedürftigen und ihrer Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Pflegeversicherungsrecht beitragen. Zudem sollen die Pflegeanwendungen auch pflegende Angehörige und sonstige ehrenamtlich Pflegenden bei ihren Hilfestellungen zugunsten der Pflegebedürftigen unterstützen und so der Stabilisierung der häuslichen Situation dienen (BfArM: Das Verfahren für digitale Pflegeanwendungen (DiPA) nach § 78a SGB XI, Ein Leitfaden für Hersteller und Nutzende, Version 1.2 v. 11.10.2023, S. 9, https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/dipa_leitfaden.html?nn=471334).
- 4 Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die digitalen Pflegeanwendungen nur bei Pflege im **häuslichen Umfeld** genutzt werden und nicht in stationären Pflegeeinrichtungen. Der Anspruch ist daher im Titel „Leistungen bei häuslicher Pflege“ geregelt. Der Ausschluss der stationären Einrichtungen wird in der Literatur zu Recht scharf kritisiert (Braun NZS 2021, 710; Dittrich SRa 2021, 275; Malorny NZS 2022, 443), denn die Förderung der Selbstbestimmtheit durch den Einsatz technologischer Hilfen ist im stationären Umfeld ebenfalls vonnöten. Eine Rechtfertigung für diese Ungleichbehandlung ist nicht ersichtlich.
- 5 Digitale Pflegeanwendungen müssen **wesentlich auf digitalen Technologien** beruhen, dh sie sind digitale Helfer auf mobilen Endgeräten (Apps) oder browserbasierte Webanwendungen. Die Hardwareausstattung ist davon im Grunde nicht umfasst. Zu gewissen Überschneidungen mit Pflegehilfsmitteln kann es dennoch kommen, wenn Hardware für die Anwendung erforderlich, aber nicht von wesentlicher Bedeutung ist (BT-Drs. 19/27652, 143).

III. Anspruchsvoraussetzungen

1. Formale Voraussetzungen

- 6 Nach Abs. 2 S. 2 ist von den Pflegebedürftigen ein **Antrag auf Sachleistung** bei der zuständigen Pflegekasse zu stellen. Es müssen die **allgemeinen Tatbe-**

standsvoraussetzungen vorliegen (Versicherungsverhältnis, §§ 20 ff.; Erfüllung der Versicherungszeiten, § 33 Abs. 2 u. 3; Pflegebedürftigkeit §§ 14 f.) bei zuerkanntem Pflegegrad 1 (§ 28a Nr. 6)). Eine ärztliche Verordnung oder Empfehlung ist – anders als bei Hilfsmitteln nach § 40 – nicht erforderlich.

2. Materielle Voraussetzungen

a) Digitale Pflegeanwendung. Für einen Anspruch auf Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung bedarf es deren Aufnahme in das Verzeichnis des BfArM nach § 78a Abs. 3 (**Positivliste**). Dafür stellt das BfArM die **abstrakte Erforderlichkeit** der Anwendung fest, dh die Geeignetheit, die Erforderlichkeit und den pflegerischen Nutzen. Digitale Pflegeanwendungen müssen – anders als digitale Gesundheitsanwendungen – nicht zwingend von Pflegebedürftigen genutzt werden. Sie können auch von pflegenden Angehörigen oder zugelassenen Pflegedienste zugunsten des Pflegebedürftigen eingesetzt werden.

Eine digitale Pflegeanwendung kann ein Medizinprodukt niedriger Risikoklasse sein (gem. VO (EU) 2017/745 Medical Device Regulation bzw. RL 93/42/EWG), muss dies – anders als die digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V – aber nicht. Sie dient der Unterstützung im häuslichen Kontext, nicht jedoch primär der operativen Unterstützung von ambulanten Pflege- oder Betreuungsdiensten. Digitale Pflegeanwendungen dürfen sich nach ihrem Gesetzeszweck nicht auf die allgemeine Lebensführung beschränken (wie bspw. Haushaltsroboter), auf die reine Wissensvermittlung abstellen, ausschließlich Dokumentationszwecken oder der Hilfe bei der Beantragung von Leistungen dienen.

b) Notwendigkeit. Die Versorgung mit der begehrten digitalen Pflegeanwendung muss als Ausdruck des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 4 Abs. 3) **im Einzelfall notwendig** sein (**konkrete Erforderlichkeit**). Diese Entscheidung trifft allein die Pflegekasse (§ 40a Abs. 2 S. 2). Die Notwendigkeit ist zu bejahen, wenn damit die Ziele des § 40a Abs. 1 erreicht werden können, dh die digitale Pflegeanwendung muss geeignet sein, „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.“

IV. Leistungskonkurrenz (Abs. 3)

Digitale Pflegeanwendungen sind gegenüber den digitalen Gesundheitsanwendungen der Krankenversicherung oder anderen zuständiger Leistungsträger nachrangig (Abs. 1 S. 2). Dem erstangegangenen Träger wird eine Prüfverpflichtung auferlegt, wenn zwischen der digitalen Gesundheitsanwendung und der digitalen Pflegeanwendung eine **echte Leistungskonkurrenz** besteht. Dies ist nur dann der Fall, wenn die Doppelfunktion der Anwendung in dem Sinne feststeht, dass die digitale Anwendung in gleichem Maße zur Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Personen geeignet und erforderlich ist. Mit dieser Verfahrenserleichterung zu den Regelungen der §§ 14 ff. SGB IX geht die **Leistungsverpflichtung** und Passivlegitimation auf den zuerst angegangenen Träger über.

V. Zurverfügungstellung (Abs. 4)

Die Hersteller können den Pflegebedürftigen die Anwendungen barrierefrei mittels elektronischer Übertragung zur Verfügung stellen. Eine dem § 302 Abs. 2 SGB V entsprechende Regelung fehlt im SGB XI (dazu Braun NZS 2021, 710).

Einzelheiten sollen sich aus der Rahmenvereinbarung nach § 78a Abs. 2 S. 1 ergeben.

§ 40b Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a sowie auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat.

(2) Die Pflegekasse informiert den Pflegebedürftigen barrierefrei in schriftlicher oder elektronischer Form über die Kosten, die von ihm für die digitale Pflegeanwendung, einschließlich der Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8, selbst zu tragen sind, und über die Kosten, die von ihm für ergänzende Unterstützungsleistungen selbst zu tragen sind.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Beratungspflicht	4

I. Geltende Fassung

1 § 40b trat am 9.6.2021 in Kraft (eingeführt durch das Digitale-Versorgungs- und Pflege-Modernisierungsgesetz vom 3.6.2021, BGBl. I 1309). Mit Wirkung zum 26.3.2022 wurde der Anspruch anders gefasst und S. 2, der eine Aufteilung des Leistungsanspruchs auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (§ 40a einerseits und Unterstützungsleistungen (§ 39a) andererseits regelte, aufgehoben (Gesetz vom 23.3.2022, BGBl. I 482; BT-Drs. 20/734, 15). Die praxisbezogenen Beratungen zur Einführung der digitalen Pflegeanwendungen hatten ergeben, dass eine Aufteilung des Gesamtanspruchs des § 40b nicht praktikabel ist. Mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) wurde die Beratungspflicht durch einen Abs. 2 explizit normiert.

II. Normzweck

2 § 40b regelt die Kostentragung für digitale Pflegeanwendungen durch die Pflegekasse in Form eines **Erstattungsanspruchs** des Pflegebedürftigen und setzt den **Leistungsbetrag** fest. Für Leistungen nach § 39a und § 40a steht ein monatlicher **Gesamtbetrag von 50 EUR** zur Verfügung. Der Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine digitale Pflegeanwendung (§ 28 Abs. 1 Nr. 17) ist gerichtlich durchsetzbar (§ 38 SGB I). Eine Übertragungsmöglichkeit nicht ausgeschöpfter Ansprüche ist nicht vorgesehen.

3 Eine dem § 40b entsprechende betragsmäßige Wertbegrenzung existiert weder für die digitalen Gesundheitsanwendungen (§ 33a SGB V) noch für die digitalen Pflegeanwendungen zu Lasten der Sozialhilfeträger (§ 64j SGB XII).

III. Beratungspflicht

Die Pflegekasse muss pflegebedürftige Personen in Verfahren über die Bewilligung der Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen und auch über selbst zu tragende Mehrkosten beraten (§§ 7 Abs. 2 S. 1, 40b Abs. 2).

Zweiter Titel. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

§ 41 Tagespflege und Nachtpflege

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

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

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Aufbau	2
III. Begriff und Voraussetzungen der teilstationären Pflege (Abs. 1)	3
IV. Art und Umfang der Leistung (Abs. 2)	6
V. Kombination mit anderen Leistungsarten (Abs. 3)	10

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.4.1995 durch Art. 1 **PflegeVG** eingeführt worden. ¹ Die in Abs. 2 festgelegte Leistungshöhe sollte nach dem Gesetzesentwurf zwar der ambulanten Pflegesachleistung entsprechen (BT-Drs. 12/5262, 114), wurde

aber im Gegensatz zu allen anderen Leistungsarten im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens nicht verändert (vgl. BT-Drs. 12/7323, 2 f.). Erst mit dem **4. SGB XI-ÄndG** erreichten die Leistungsgrenzen in Abs. 2 Nr. 2 und 3 ab 1.8.1999 diejenigen der häuslichen Pflegehilfe (zur Begr. vgl. BT-Drs. 14/407, 5). Abs. 2 wurde im Übrigen bereits im **1. SGB XI-ÄndG** mWv 25.6.1996 geändert (vgl. → Rn. 5); dabei wurde klargestellt, welche Aufwendungen die Pflegekasse übernimmt: nämlich neben den pflegebedingten Aufwendungen auch diejenigen der sozialen Betreuung und für die medizinische Behandlungspflege. Die für die Übernahme von Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege ursprünglich vorgesehene zeitliche Befristung ist in der Folgezeit mehrfach verlängert und durch Art. 8 Nr. 11 **GKV-WSG** mWv 1.4.2007 gestrichen worden. Zuvor waren zum 1.1.2002 durch Art. 2 Nr. 6 Achtes Euro-Einführungsgesetz vom 23.10.2001 (BGBl. I 2702) die Leistungssätze in Abs. 2 von DM auf EUR umgestellt worden. Art. 1 Nr. 3 **PflegEG** ließ mWv 1.1.2002 in Abs. 1 S. 1 neben der unzureichenden Sicherstellung der häuslichen Pflege auch deren bloße Ergänzung oder Stärkung genügen und fasste die Regelung über die Kombination von teilstationärer und häuslicher Pflege in Abs. 3 neu. Durch Art. 1 Nr. 21 **PflegeWEG** wurde mWv 1.7.2008 in Abs. 2 die schrittweise Anhebung der Leistungssätze aufgenommen; ferner wurden durch Neufassung des Abs. 3 und Hinzufügung der Abs. 4–6 die Möglichkeiten der Kombination von teilstationärer und häuslicher Pflege innerhalb detailliert geregelter Anrechnungsgrenzen erweitert. Nachdem Art. 1 Nr. 15 **PfNG** zum 30.10.2012 diese Regelung noch durch Anfügung eines Abs. 7 weiter ausgebaut hatte, ersetzte sie das **PSG I** mWv 1.1.2015 unter Streichung der Abs. 4–7 durch eine Neuregelung der Kombinationsmöglichkeiten in Abs. 3, die auf eine Anrechnung verzichtete. Zugleich wurden die Höchstbeträge in allen Pflegestufen entsprechend der Dynamisierungsregelung in § 30 zum 1.1.2015 angehoben. Durch Art. 2 Nr. 22 **PSG II** wurden mWv 1.1.2017 Abs. 1 S. 1 und Abs. 3 auf Pflegegrade umgestellt, Abs. 2 S. 1 an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst und in Abs. 2 S. 2 die Höchstbeträge neu geregelt.

II. Normzweck und Aufbau

- 2 Obwohl die teilstationäre Pflege selbst eine Form der stationären Versorgung ist, dient sie der Unterstützung und Sicherstellung der häuslichen Pflege. Die auf Teile des Tages beschränkte stationäre Pflege soll die Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit im häuslichen Bereich erhalten und fördern sowie Pflegebedürftigen und Pflegepersonen eine Alternative zur vollstationären Pflege bieten. Der Gesetzgeber verfolgt gerade mit dieser Leistung in erster Linie das Ziel, die **häusliche Pflege zu fördern**. Dies hat er im PflegeWEG zunächst mit einer überproportionalen Leistungsausweitung zum 1.7.2008 deutlich gemacht. Zusätzlich zur Erhöhung der in Abs. 2 festgelegten Leistungssätze wurde das Gesamtleistungsvolumen bei einer Kombination von häuslicher und teilstationärer Pflege um 50 vH erhöht (Abs. 3–6 idF des PflegeWEG). Im PSG I wurden alle Restriktionen des Gesamtumfangs der Leistungen bei der Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld einerseits und teilstationärer Pflege andererseits aufgehoben; die früheren Abs. 4–7 wurden komplett gestrichen. Pflegebedürftige können nunmehr auch dann, wenn sie die Höchstgrenzen der Leistungen bei häuslicher Pflege (sowohl in der Form der Sachleistung als auch in der des Pflegegeldes) voll ausschöpfen, zusätzlich noch das volle Leistungsvolumen der Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen (vgl. BT-Drs. 18/1798, 32). Pflegebedürftige und ihre Pflegepersonen sollen in den Fällen, in denen die häusliche Pflege – wegen drohender Überforderung der Pflegeperson oder aus anderen Gründen –

nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, nicht gezwungen sein, vollstationäre Pflege in Anspruch nehmen zu müssen (BT-Drs. 12/5262, 114 zu § 37). Der Anspruch ist zeitlich jedoch nicht befristet; er kann auch als Dauerleistung in Anspruch genommen werden. Die durch die teilstationäre Pflege entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (vgl. → Rn. 5) werden von der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad in unterschiedlicher Höhe getragen (Abs. 2). Die Höchstgrenzen entsprachen bis 31.12.2021 denjenigen der Pflegesachleistung nach § 36 Abs. 3 und haben deren seither erfolgte Erhöhung (→ § 36 Rn. 1) nicht mitgemacht.

III. Begriff und Voraussetzungen der teilstationären Pflege (Abs. 1)

Die **teilstationäre Pflege** ist eine auf einen Teil des Tages beschränkte stationäre 3 Pflege. Sie erfolgt tagsüber (Tagespflege) oder nachts (Nachtpflege) und ist – wie § 71 Abs. 2 Nr. 2 deutlich macht – von der vollstationären Pflege abzugrenzen, bei der der Pflegebedürftige ganztägig, also rund um die Uhr, in einem Pflegeheim betreut wird (vgl. → § 71 Rn. 13). Wie bei der vollstationären Pflege hat auch im Rahmen der teilstationären Pflege die Pflegeeinrichtung eine umfassende Versorgung zu gewährleisten – allerdings beschränkt auf einen bestimmten Zeitraum des Tages.

Beansprucht werden kann die teilstationäre Pflege nur in **Einrichtungen der 4 Tages- oder Nachtpflege**, die als stationäre Pflegeeinrichtungen iSv § 71 Abs. 2 gem. § 72 zugelassen sind. Stationäre Einrichtungen müssen nicht ausschließlich der Tages- oder Nachtpflege dienen. Dies hat das PNG durch Streichung des Wortes „nur“ vor „tagsüber“ und „nachts“ in § 71 Abs. 2 Nr. 2 klargestellt (vgl. BT-Drs. 17/9369, 44). Ob eine stationäre Pflegeeinrichtung Leistungen der Tages- oder Nachtpflege erbringen darf, bestimmt sich nach ihrem Versorgungsvertrag.

Anspruch auf teilstationäre Pflege haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2–5. 5 Abs. 1 S. 1 macht den Anspruch auf teilstationäre Pflege davon abhängig, dass die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Ob dies der Fall ist, richtet sich nicht nur nach objektiven Umständen, sondern vor allem nach dem Wunsch des Pflegebedürftigen und der ggf. für häusliche Pflegeaufgaben in Betracht kommenden Personen. Ein **besonderer Grund** für die Inanspruchnahme von teilstationärer Pflege muss nicht vorliegen. Seit dem PfEG kommt dies in Abs. 1 S. 1 dadurch zum Ausdruck, dass es genügt, wenn die Tages- oder Nachtpflege zur bloßen Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Im Gesetzgebungsverfahren wurden als Gründe genannt: Vorübergehende Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, Entlastung der Pflegeperson während des Tages oder der Nacht, Ermöglichung einer Erwerbstätigkeit für die Pflegeperson, zeitlich beschränkte Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen, bessere Rahmenbedingungen für aktivierende Pflege oder Rehabilitationsmaßnahmen (BT-Drs. 12/5262, 66 f., 114); vor allem bei der Versorgung Demenzzkranker hat die Tages- und Nachtpflege große Bedeutung unter aktivierenden Gesichtspunkten (BT-Drs. 16/7439, 57).

IV. Art und Umfang der Leistung (Abs. 2)

Teilstationäre Pflege ist von der Pflegekasse dem Pflegebedürftigen als **Sachleis- 6 tung** zu gewähren. Obwohl in Abs. 2 S. 1 von der Übernahme von Aufwendungen die Rede ist, gilt nicht das Kostenerstattungs-, sondern das Naturalleistungsprinzip

(BeckOGK/Heidenreich Rn. 10; Krauskopf/Sieper Rn. 7; NK-GesundhR/Renn Rn. 4). Deshalb kann teilstationäre Pflege allein in dafür zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen werden (vgl. → Rn. 4).

- 7 Den Leistungsumfang der teilstationären Pflege bestimmt Abs. 2 S. 1 über die von der Pflegekasse zu übernehmenden Aufwendungen der Einrichtung. Im 1. SGB XI-ÄndG wurde klargestellt, dass nur die „pflegebedingten“ Aufwendungen der teilstationären Pflegeeinrichtung bis zu den in Abs. 2 genannten Höchstätzen übernommen werden. Diese Klarstellung ist zugleich allgemein in § 4 Abs. 2 S. 2 aufgenommen und auf die anderen Formen stationärer Pflege übertragen worden (vgl. §§ 42 Abs. 2 S. 2, 43 Abs. 2 S. 1). In der Sache handelt es sich nicht um eine Änderung (vgl. → § 42 Rn. 6). Mit den **pflegebedingten Aufwendungen** (§ 4 Abs. 2 S. 2) wird dasselbe Leistungsspektrum umschrieben wie mit den allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4 S. 1): Darunter fallen alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen. Hierunter sind unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs alle pflegerischen Maßnahmen, dh körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen (§ 4 Abs. 1 S. 1; zu diesen Begriffen vgl. → § 36 Rn. 7 ff.), zu verstehen, die in der teilstationären Einrichtung in Betracht kommen. Nicht zu den pflegebedingten Aufwendungen zählen dagegen insbesondere die Investitionskosten, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Zusatzleistungen iSv § 88. Die mit dem 1. SGB XI-ÄndG vorgenommene Erweiterung des Leistungsspektrums um die Aufwendungen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege, soweit sie im Pflegeheim erbracht wird, ist bei allen Formen der stationären Pflege erfolgt (vgl. §§ 42 Abs. 2 S. 2, 43 Abs. 2 S. 1). Sie ist jedoch nicht mit einer Erhöhung der Höchstgrenzen verbunden. Die Unterscheidung zwischen pflegebedingten Aufwendungen und **Aufwendungen für soziale Betreuung** hat das PSG II zum 1.1.2017 aufgegeben; seither geht Abs. 2 S. 1 davon aus, dass mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die pflegebedingten Aufwendungen diejenigen für Betreuung einschließen (BT-Drs. 18/5926, 126). Die Einbeziehung der **medizinischen Behandlungspflege** (zum Begriff → § 13 Rn. 9 f.) war ursprünglich – anders als bei den anderen Formen der stationären Pflege (§§ 42, 43) – umstritten und erfolgte endgültig erst zum 1.4.2007 (näher dazu Krauskopf/Sieper Rn. 17). Damit ist auch während einer teilstationären Pflege nicht die GKV für die medizinische Behandlungspflege zuständig.
- 8 Nach Abs. 1 S. 2 umfasst die teilstationäre Pflege auch die **notwendige Beförderung** des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung. Praktische Auswirkungen auf den Leistungsumfang dürften sich hieraus nur selten ergeben, denn die Höchstgrenzen der von der Pflegekasse nach Abs. 2 zu übernehmenden Aufwendungen erhöhen sich durch anfallende Fahrtkosten nicht (BeckOGK/Heidenreich Rn. 13). Allerdings ist die Zuordnung des Transports zur teilstationären Pflege folgenreich: Sie schließt für den Weg zur Tagespflegeeinrichtung sowohl eine Beförderung auf Kosten der Krankenkasse (LSG Bln-Bbg 25.1.2023 – L 16 KR 126/19, BeckRS 2023, 16341 Rn. 16) als auch einen Anspruch auf Mobilitätshilfen gegen die Pflegekasse (BSG 25.2.2015 – B 3 KR 13/13 R, SozR 4–2500 § 33 Nr. 44 Rn. 43 = BeckRS 2015, 69880) aus.
- 9 Auch die Aufwendungen für teilstationäre Pflege werden von der Pflegeversicherung nur begrenzt getragen. Die **Höchstgrenzen** sind in Abs. 2 S. 2 **nach den Pflegegraden gestaffelt**. Seit dem 4. SGB-XI-ÄndG erreichten sie die Höchstbeträge für die häusliche Pflege als Sachleistung (§ 36 Abs. 3), nahmen dann aber ab 1.1.2022 nicht mehr an deren Erhöhungen (→ § 36 Rn. 1) teil. Mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade zum 1.1.2017 ist in Abs. 2 S. 2 auch ein Höchstbetrag für den Pflegegrad 5 eingeführt worden, obwohl dieser bei anderen Leistungen

(§§ 36, 43) die Härtefälle ersetzt, für die indessen in § 41 kein erhöhter Leistungsbetrag vorgesehen war.

V. Kombination mit anderen Leistungsarten (Abs. 3)

Abs. 3 regelt nur die Kombination von teilstationärer Pflege und **häuslicher Pflege**. Der Pflegebedürftige kann neben der teilstationären Pflege zusätzlich entweder die Pflegesachleistung (§ 36), Pflegegeld (§ 37) oder die Kombinationsleistung (§ 38) beanspruchen. Die Vorschrift wurde im PflegeWEG und erneut im PSG I auf ihren Kern reduziert. Sie legt in ihrer neuen Fassung nur noch fest, dass nach der Wahl des Pflegebedürftigen eine Kombination von Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld und/oder Pflegesachleistung möglich ist. In der Fassung des PSG I sind die zuvor kompliziert geregelten Anrechnungen gestrichen worden. Die teilstationären Leistungen können **ohne Anrechnung** auf die Leistungen der häuslichen Pflege nach §§ 36, 37, 38 in Anspruch genommen werden.

Das Verhältnis zu anderen Leistungen ist nicht in § 41 geregelt. Der **Wohngruppenzuschlag** nach § 38a kommt neben teilstationären Leistungen nur unter den Voraussetzungen des § 38a Abs. 1 S. 2 in Betracht (vgl. → § 38a Rn. 14). Während **Verhinderungspflege** (§ 39) mit teilstationärer Pflege kombinierbar ist, schließen sich teilstationäre Pflege und die **vollstationären Leistungen** nach §§ 42, 43, 43a gegenseitig aus (Krauskopf/Linke Rn. 30 ff.).

§ 42 Kurzzeitpflege

(1) ¹Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. ²Dies gilt:

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

(2) ¹Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. ²Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 774 Euro im Kalenderjahr. ³Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 386 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. ⁴Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet. ⁵Auf den in Satz 3 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 1 612 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

(3) ¹Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. ²§ 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. ³Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für

Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. ⁴In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

[Fassung Abs. 4 bis 30.6.2024:]

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

[Fassung Abs. 4 ab 1.7.2024:]

(4) (aufgehoben)

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Voraussetzungen der Kurzzeitpflege (Abs. 1)	3
IV. Art und Umfang der Leistung (Abs. 2)	7
V. Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen (Abs. 1 S. 1)	11
VI. Kurzzeitpflege in anderen geeigneten Einrichtungen (Abs. 3)	12
VII. Verhältnis zu anderen Leistungen	15

I. Geltende Fassung

- Die Vorschrift ist durch Art. 1 **PflegeVG** eingeführt worden; sie ist bereits am 1.4.1995 in Kraft getreten (Art. 68 Abs. 2), obgleich es sich um eine Form der stationären Pflege handelt. Durch das **1. SGB XI-ÄndG** wurde mWv 25.6.1996 in Abs. 2 der jetzige S. 2 (ursprünglich S. 3) geändert; es wurde wie in § 41 Abs. 2 eingefügt, dass die Pflegekasse auch die Aufwendungen der sozialen Betreuung und für die medizinische Behandlungspflege übernimmt. Die hier enthaltene zeitliche Befristung der Übernahme der Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege wurde mehrfach verlängert und ist durch Art. 8 Nr. 12 **GKV-WSG** mWv 1.4.2007 endgültig gestrichen worden. Der ursprüngliche Abs. 2 S. 2, der eine vorangegangene Pflegezeit von 12 Monaten voraussetzte, war bereits zum 1.8.1999 durch das **4. SGB XI-ÄndG** gestrichen worden. Art. 2 Nr. 7 Aches Euro-Einführungsgesetz vom 23.10.2001 (BGBl. I 2702) stellte mWv 1.1.2002 die Leistungssätze in Abs. 2 von DM auf EUR um. Durch Art. 1 Nr. 22 **PflegeWEG** wurde mWv 1.7.2008 der in Abs. 2 S. 2 enthaltene Leistungssatz zeitlich gestaffelt erhöht; auf Veranlassung des Gesundheitsausschusses wurde Abs. 3 angefügt (BT-Drs. 16/8525 zu Nr. 22). Das **PNG** fügte zum 30.10.2012 Abs. 4 an und setzte in Abs. 3 S. 1 anstelle der „Vollendung des 18. Lebensjahres“ die „Vollendung des 25. Lebensjahres“. Durch das **PSG I** wurden in Abs. 2 S. 2 der Leistungssatz ab 1.1.2015 angepasst und zeitgleich durch die an Abs. 2 angefügten S. 3–5 die Kurzzeitpflege flexibler gestaltet; die ursprünglich für Kinder geschaffene Sonderregelung in Abs. 3 wurde durch Änderung ihres S. 1 auf alle Pflegebedürftige erstreckt. Das **PSG II** dehnte bereits mWv 1.1.2016 (Art. 1 Nr. 21) in Abs. 2 S. 1 die Dauer der Kurzzeitpflege von vier auf acht Wochen aus und strich mit Abs. 2 S. 4 die Verlängerung der Dauer bei Inanspruchnahme von Mitteln der Verhinderungspflege; zum 1.1.2017 (Art. 2

Nr. 23) passte das PSG II Abs. 1 S. 1 an die Einführung der Pflegegrade und Abs. 2 S. 2 – unter Streichung der zeitlich überholten Leistungssätze – an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff an. Das **GVWG** erhöhte mWv 1.1.2022 in Abs. 2 S. 2 und 3 die Leistungssätze. Durch das **PUEG** erfolgen in drei Stufen Änderungen. Zum 1.1.2024 wurden in Abs. 1 S. 2 Nr. 2 die „Krisensituationen“ um „andere Situationen“ ergänzt, im neuen Abs. 2 S. 5 die entsprechende Anwendung des § 30 auf den Erhöhungsbetrag angeordnet (Art. 2 Nr. 6 Buchst. a und b iVm Art. 10 Abs. 4 PUEG). Zum 1.7.2024 wird der Abs. 4 wegen Einführung des § 42a – der zum 1.7.2025 zum § 42b wird – gestrichen (Art. 2 Nr. 6 Buchst. c iVm Art. 10 Abs. 4a PUEG idF des PfStuGStG). Zum 1.7.2025 werden die Leistungsbeträge für die Kurzzeitpflege und die Verhinderungspflege (§ 39) in dem „Gemeinsamen Jahresbetrag“ nach dem neuen § 42a aufgehen, weshalb in Abs. 2 S. 2 der Verweis auf diese Vorschrift genügt und die Regelungen zur Übertragung nicht verbrauchter Leistungsbeträge in Abs. 2 S. 3–5 entfallen können (Art. 2a Nr. 9 iVm Art. 10 Abs. 5 PUEG).

II. Normzweck

Unter Kurzzeitpflege versteht das Gesetz eine **vollstationäre Pflege von kurzer Dauer**. Wie auch mit der auf Teile des Tages beschränkten teilstationären Pflege (§ 41) soll mit der Kurzzeitpflege verhindert werden, dass Pflegebedürftige auf Dauer in vollstationäre Pflegeeinrichtungen wechseln müssen. Im Gegensatz zur teilstationären Pflege müssen aber besondere Gründe vorliegen, um Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen zu können (Abs. 1 S. 2). Die Kurzzeitpflege dient der **Stärkung der häuslichen Pflege**, indem sie kurze Zeiträume überbrückt, in denen eine häusliche Pflege nicht möglich ist. Wird die Unmöglichkeit der häuslichen Pflege durch eine Verhinderung der (nicht erwerbsmäßig tätigen) Pflegeperson verursacht, so entspricht die Kurzzeitpflege ihrer Funktion nach der Verhinderungspflege (§ 39), die seit der Änderung des § 39 im 1. SGB XI-ÄndG auch als kurzzeitige stationäre Pflege beansprucht werden kann (vgl. → § 39 Rn. 9). Beide Leistungsarten können ggf. innerhalb eines Kalenderjahres nebeneinander in Anspruch genommen werden. Die im PSG I an Abs. 2 angefügten Sätze ermöglichen einen **flexibleren Einsatz** der beiden Leistungsarten: Der Pflegebedürftige kann nunmehr den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege, den er im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft hat, im Rahmen der stationären Kurzzeitpflege nutzen (Abs. 2 S. 3). Die hierdurch verbrauchten Mittel werden auf den Anspruch auf Verhinderungspflege angerechnet (Abs. 2 S. 4). Durch das PSG I wurde zugleich die Möglichkeit geschaffen, zur Erhöhung des Budgets in der Verhinderungspflege die im Kalenderjahr noch nicht verbrauchten Beträge der Kurzzeitpflege einzusetzen; allerdings nur bis zur Hälfte des Höchstbetrages der Kurzzeitpflege (vgl. § 39 Abs. 2).

III. Voraussetzungen der Kurzzeitpflege (Abs. 1)

Kurzzeitpflege setzt nach Abs. 1 S. 1 voraus, dass häusliche Pflege (§§ 36 ff.) **vorübergehend unmöglich oder unzureichend** ist. Sie dient ähnlich der Verhinderungspflege (§ 39) der Überbrückung einer häuslichen Versorgungskrise. Anders als bei der Verhinderungspflege muss häusliche Pflege aber nicht bereits erbracht worden und auch nicht in bestimmter Weise organisiert sein. Kurzzeitpflege kann nicht nur beansprucht werden, wenn eine Pflegeperson zeitweise ausfällt, sondern auch, wenn die Unmöglichkeit häuslicher Pflege in der Person des Pflegebedürftigen oder in der häuslichen Pflegesituation begründet ist. In welchen Fällen eine anspruchsbegründende Bedarfslage besteht, wird in Abs. 1 S. 2 näher bestimmt.

- 4 Die Vorschrift geht davon aus, dass der Pflegebedürftige auf Dauer in seiner häuslichen Umgebung gepflegt werden will, dies jedoch vorübergehend nicht möglich ist, etwa weil sich die Notwendigkeit dauerhafter Pflege erst im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts herausgestellt hat und die häusliche Pflege organisatorisch oder wegen noch durchzuführender Veränderungen des Wohnumfeldes erst von einem späteren Zeitpunkt an erfolgen kann. Wird daher der Anspruch **im Anschluss an eine stationäre Behandlung** geltend gemacht, weil die häusliche Pflegesituation noch nicht geklärt ist (**Abs. 1 S. 2 Nr. 1**), so muss noch nicht feststehen, ob der Pflegebedürftige auf Dauer Pflegesachleistung nach § 36 in Anspruch nimmt oder ob er die Pflege durch Pflegepersonen iSv § 19 sicherstellt. Bei Beginn der Kurzzeitpflege muss auch noch nicht feststehen, dass die häusliche Pflege nur vorübergehend unmöglich ist. Darüber hinaus kann nach Auffassung der Pflegekassen Kurzzeitpflege selbst dann beansprucht werden, wenn bei deren Beginn feststeht, dass im Anschluss eine vollstationäre (Dauer-)Pflege nach § 43 erfolgen soll (Rundschreiben § 42 Ziff. 1 Abs. 1). Diese Auffassung stößt zwar auf Ablehnung (Hauck/Noftz/Reimer Rn. 5; Krauskopf/Sieper Rn. 9a; LPK-SGB XI/Kruse Rn. 9; jurisPK-SGB XI/Luik Rn. 93); für sie spricht aber, dass auch in diesem Fall eine Umstellungssituation vorliegt, in der wegen Auftretens unvorhergesehener Umstände die Pflege (neu) organisiert werden muss (BeckOK SozR/Giesbert Rn. 20).
- 5 Daneben kommt die Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung dann in Betracht, wenn eine Pflege im Haushalt vorübergehend nicht möglich ist; etwa weil die Pflegeperson ausfällt. Der Begriff **Krisensituation** in **Abs. 1 S. 2 Nr. 2** ist im Gesetzgebungsverfahren mit folgenden Beispielen umschrieben worden: völliger Ausfall der bisherigen Pflegeperson oder kurzfristige erhebliche Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit (BT-Drs. 12/5262, 115 zu § 38). Dies spricht zunächst dafür, dass eine langfristig geplante Verhinderung der Pflegeperson nicht ausreicht. Der RegE nennt jedoch als dritte Möglichkeit (neben dem Anschluss an die stationäre Behandlung nach Nr. 1 und der Krisensituation nach Nr. 2) Urlaub oder sonstige Verhinderung der Pflegeperson, obgleich ein dem entsprechendes Tatbestandsmerkmal in § 42 Abs. 1 fehlt. Der SpiV der Pflegekassen (Rundschreiben § 42 Ziff. 1 Abs. 1) lässt Krankheit, Urlaub oder eine sonstige **Verhinderung der Pflegeperson** nur dann ausreichen, wenn die Zeit nicht mit Leistungen nach § 39 überbrückt werden kann; wobei nicht deutlich wird, ob ein Anspruch auf Kurzzeitpflege wegen eines hiermit begründeten Ausfalls der Pflegeperson nicht in Betracht kommen soll, wenn der Anspruch aus § 39 im betroffenen Kalenderjahr bereits erschöpft ist. In der Rspr. des BSG findet sich eine solche Einschränkung nicht; vielmehr hält dieses Kurzzeitpflege selbst zur temporären Entlastung der häuslichen Pflegesituation für denkbar (BSG 18.6.2016 – B 3 P 2/14 R, SozR 4–3300 § 42 Nr. 1 Rn. 17 = BeckRS 2016, 69364). Auf jeden Fall liegt eine anspruchsbegründende Krisensituation vor, wenn die bisherige Pflegeperson völlig ausgefallen ist oder sich die Pflegebedürftigkeit kurzfristig erheblich verschlimmert hat. Ab 1.1.2024 braucht nicht mehr eine Krisensituation vorzuliegen; vielmehr reicht nach der Ergänzung von Abs. 1 S. 2 Nr. 2 durch das PUEG auch eine „**andere Situation**“. Damit wird auf die Krisenhaftigkeit des Verhinderungsgrundes verzichtet, der folglich weder unvorhersehbar sein noch einen gewissen Schweregrad aufweisen muss (vgl. BeckOK SozR/Giesbert Rn. 21). Dies geht über eine bloße Klarstellung hinaus, von der in den Gesetzesmaterialien die Rede ist (BT-Drs. 20/6544, 84).
- 6 Der Anspruch auf Kurzzeitpflege setzt **Pflegebedürftigkeit** mindestens des Pflegegrades 2 voraus (Abs. 1 S. 1). Pflegebedürftigkeit dieses Grades muss bei Beginn der Kurzzeitpflege vorliegen; wie lange die Pflegebedürftigkeit bereits bestanden hat, ist unerheblich. Ebenso wenig kommt es nach geltendem Recht darauf an, wie lange die Pflege bereits gedauert hat. Dies war bis zum Inkrafttreten des 4. SGB XI-

ÄndG (am 1.8.1999) anders: Bis dahin enthielt Abs. 2 S. 2 aF die weitere Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen im Falle des Abs. 1 S. 2 Nr. 2 (sonstige Krisensituation) vorher mindestens 12 Monate gepflegt hat. Während die vergleichbare Voraussetzung bei der Verhinderungspflege in § 39 Abs. 1 S. 2 beibehalten wurde, wurde das Erfordernis einer **vorhergehenden Pflegezeit** im 4. SGB XI-ÄndG für die Kurzzeitpflege ersatzlos gestrichen. Damit soll vor allem auch bei unvorhergesehener Verhinderung der Pflegeperson ein Anspruch auf Kurzzeitpflege unabhängig von der vorangegangenen Pflegedauer bestehen (BT-Drs. 14/407, 5).

IV. Art und Umfang der Leistung (Abs. 2)

Kurzzeitpflege ist von der Pflegekasse als **Sachleistung** zur Verfügung zu stellen 7 (BSG 18.6.2016 – B 3 P 2/14 R, SozR 4–3300 § 42 Nr. 1 Rn. 18 = BeckRS 2016, 69364; BeckOGK/Heidenreich Rn. 18; LPK-SGB XI/Kruse Rn. 5). Obwohl in Abs. 2 S. 2 von der Übernahme von Aufwendungen die Rede ist, gilt nicht das Kostenerstattungs-, sondern das Naturalleistungsprinzip. Deshalb kann nach Abs. 1 S. 1 Kurzzeitpflege grundsätzlich nur in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen werden (vgl. → Rn. 11). An ihrem Naturalleistungscharakter ändert sich nichts dadurch, dass Kurzzeitpflege nach Abs. 3 und 4 unter bestimmten Umständen auch von nicht zugelassenen Einrichtungen erbracht werden darf, obwohl in diesen Ausnahmefällen nur eine Kostenerstattung möglich ist (→ Rn. 14 und 16).

Den **Leistungsinhalt** der Kurzzeitpflege umschreibt Abs. 2 S. 2 wie auch sonst 8 in der stationären Pflege (vgl. §§ 41 Abs. 2 S. 1, 43 Abs. 2 S. 1) über die von der Pflegekasse zu übernehmenden Aufwendungen. Das Gesetz regelte in seiner ursprünglichen Fassung nicht ausdrücklich, welche Leistungen der Pflegeeinrichtung von der Pflegekasse übernommen werden. Sinn und Zweck der Regelung sprachen jedoch seinerzeit bereits dafür, dass auch im Rahmen der Kurzzeitpflege von der Pflegekasse nur **pflegebedingte Aufwendungen** (allgemeine Pflegeleistungen) getragen werden und der Pflegebedürftige insbesondere die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst übernehmen muss. Dies wurde durch die Änderung von Abs. 2 S. 3 aF (jetzt S. 2) im 1. SGB XI-ÄndG klargestellt (vgl. → § 41 Rn. 7). Die zugleich vorgenommene Ergänzung der Leistungen um die Aufwendungen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege, soweit sie im Pflegeheim erbracht wird, wurde auf alle Formen der stationären Pflege übertragen (vgl. §§ 41 Abs. 2 S. 1, 43 Abs. 2 S. 1). Sie ist jedoch nicht mit einer Erhöhung der Höchstgrenzen verbunden. Die Unterscheidung zwischen pflegebedingten Aufwendungen und **Aufwendungen für soziale Betreuung** hat das PSG II zum 1.1.2017 aufgegeben; seither schließen – entsprechend dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – die pflegebedingten Aufwendungen diejenigen für Betreuung mit ein (vgl. BT-Drs. 18/5926, 127). Zum Begriff der **medizinischen Behandlungspflege** vgl. → § 13 Rn. 9f.

Hinsichtlich des **Leistungsumfanges** entspricht die Kurzzeitpflege weitgehend 9 der Verhinderungspflege nach § 39 (zu dieser → § 39 Rn. 12f.). Auch der Anspruch auf Kurzzeitpflege unterliegt zeitlichen und betragsmäßigen Beschränkungen: Abs. 2 S. 1 begrenzt die **Höchstdauer** der Kurzzeitpflege je Kalenderjahr auf acht Wochen (= 56 Tage). Diese Zeitspanne kann ggf. beliebig aufgeteilt werden; eine stundenweise Inanspruchnahme ist jedoch nicht möglich, weil dafür mit der teilstationären Pflege (§ 41) eine speziellere Leistung zur Verfügung steht (Krauskopf/Sieper Rn. 12b). Hat der Pflegebedürftige in einem Kalenderjahr noch nicht für acht Wochen Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, scheidet eine Übertragung des nicht ausgeschöpften Zeitraums auf das nächste Kalenderjahr aus. Die zeitliche

Höchstgrenze der Kurzzeitpflege von acht Wochen im Kalenderjahr ist dann nicht maßgebend, wenn der finanzielle Rahmen aus Abs. 2 S. 2 schon früher ausgeschöpft ist. Die Aufwendungen der Pflegekasse für die Kurzzeitpflege dürfen nach Abs. 2 S. 2 im Kalenderjahr 1.774 EUR (ab 1.1.2025: 1.854 EUR; vgl. § 30 Abs. 1) nicht übersteigen. Dieser **Höchstbetrag** ist vom Pflegegrad unabhängig; obwohl er bis 31.12.2021 dem Höchstbetrag der Pflegesachleistung nach dem Pflegegrad 4 (§ 36 Abs. 3 Nr. 3 aF) entsprach, stand und steht bei der Kurzzeitpflege auch Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2, 3 und 5 derselbe finanzielle Rahmen zu.

- 10 Ist der Höchstbetrag der Kurzzeitpflege bereits vor Ablauf des Kalenderjahres ausgeschöpft, lässt Abs. 2 S. 3 und 4 eine Umbuchung von nicht verbrauchten Leistungsbeträgen der Verhinderungspflege zur **Erhöhung des Budgets** der Kurzzeitpflege zu. Die Erhöhung ist von Abs. 2 S. 3 auf 1.612 EUR (ab 1.1.2025: 1.685 EUR, vgl. Abs. 2 S. 5 idF von Art. 2 Nr. 5a lit. a PUEG) begrenzt, kann mithin **um den vollen Höchstbetrag** der Verhinderungspflege (§ 39 Abs. 1 S. 3) erfolgen. Seit dem PSG II kann nur noch der Leistungsbetrag, nicht auch die Leistungsdauer erhöht werden. Der durch das PSG I eingefügte Abs. 2 S. 4 aF, der eine Verdoppelung des zeitlichen Rahmens (von damals vier auf acht Wochen im Kalenderjahr) vorgesehen hatte, ist durch das PSG II gestrichen worden. Werden Mittel der Verhinderungspflege für die Kurzzeitpflege verwandt, reduziert sich der Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege entsprechend (Abs. 2 S. 4). Die durch das PSG I in Abs. 2 S. 3–5 (jetzt: Abs. 2 S. 3 und 4) eingeführte Regelung ermöglicht – wie auch die entsprechende Regelung für die Verhinderungspflege in § 39 Abs. 2 – einen flexibleren Einsatz der Mittel beider Überbrückungsleistungen.

- 10a Durch das PUEG werden zum 1.7.2025 die bisher in § 39 und § 42 getrennt für die Verhinderungs- und die Kurzzeitpflege vorgesehenen Leistungsbeträge in dem dann in § 42a geregelten **Gemeinsamen Jahresbetrag** zusammengeführt. Damit wird ab 1.7.2025 ein kalenderjährliches Budget von bis zu 3.539 EUR – die Summe der gem. § 30 Abs. 1 zum 1.1.2025 erhöhten Leistungsbeträge für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege – zur Verfügung stehen (§ 42a Abs. 1 nF), den die anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungen einsetzen können. Zugleich werden die unterschiedlichen Regelungen zur Übertragung nicht verbrauchter Leistungsbeträge – in § 42 der Abs. 2 S. 3 und 4 – entfallen.

V. Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen (Abs. 1 S. 1)

- 11 Die Kurzzeitpflege muss nach Abs. 1 S. 1 in einer „vollstationären Einrichtung“ in Anspruch genommen werden. Darunter ist eine **vollstationäre Pflegeeinrichtung** iSv § 71 Abs. 2 zu verstehen, die nach § 72 zugelassen ist. In Betracht kommen nicht nur solitäre Kurzzeitpflege-Einrichtungen, sondern auch eingestreute Betten oder separate Abteilungen in einem (Dauer-) Pflegeheim (NK-GesundhR/Renn Rn. 3). Dass die Pflegekassen Kurzzeitpflege nur in zugelassenen Pflegeeinrichtungen schulden, entspricht § 29 Abs. 2. Ausnahmen hiervon enthält Abs. 3 und enthielt bis 31.12.2023 Abs. 4: Die Kurzzeitpflege von zu Hause versorgten Pflegebedürftigen darf nach Maßgabe des Abs. 3 auch in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden (→ Rn. 12). Nahm die Pflegeperson an einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation teil, erlaubte es bis 31.12.2023 Abs. 4 auch, die Kurzzeitpflege des von ihm versorgten Pflegebedürftigen in einer solchen Einrichtung durchzuführen (→ Rn. 15).

VI. Kurzzeitpflege in anderen geeigneten Einrichtungen (Abs. 3)

Die im PflegeWEG eingefügte Vorschrift des Abs. 3 war zunächst nur auf Kinder (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) begrenzt (näher → Rn. 1); die Erweiterung auf alle Pflegebedürftigen kam mit dem PSG I. Sie soll Pflegebedürftigen, die **zu Hause gepflegt** werden, und ihren Familien die Möglichkeit geben, den Anspruch auf Kurzzeitpflege in nicht nach § 72 zugelassenen, für die pflegerische Versorgung mit dem jeweiligen Pflegebedarf aber geeigneten stationären Einrichtungen realisieren zu können (BT-Drs. 16/8525, 97). Gedacht war in erster Linie an stationäre Behinderteneinrichtungen, die vor allem während der Schulferien die Versorgung pflegebedürftiger Kinder sicherstellen können. Die neu geschaffene Versorgungsform soll nicht zu einer finanziellen Entlastung der Träger der Eingliederungshilfe beitragen. Wenn behinderte Menschen das ganze Jahr über in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten iSv § 71 Abs. 4 (stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe) versorgt werden, sollen nicht vier Wochen davon als Kurzzeitpflege deklariert werden können (BT-Drs. 16/8525, 97; nochmals betont in BT-Drs. 18/1798, 33). Eine derartige Möglichkeit wird schon dadurch ausgeschlossen, dass Abs. 3 ausdrücklich nur bei Pflegebedürftigen eingreift, die zu Hause gepflegt werden.

Anspruch auf Kurzzeitpflege in nicht nach dem SGB XI zugelassenen Einrichtungen besteht nur „in **begründeten Einzelfällen**“ (Abs. 3 S. 1). Ein solcher Einzelfall liegt vor, wenn die Kurzzeitpflege in einer zugelassenen Einrichtung nicht möglich oder nicht zumutbar ist, wenn also Lücken in der bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen bestehen (vgl. BT-Drs. 18/1798, 28; 16/8525, 97). Gewählt werden können geeignete Behinderteneinrichtungen oder **andere geeignete Einrichtungen**. Dabei muss es sich um stationäre Einrichtungen handeln; im häuslichen Wohnbereich des Pflegebedürftigen darf Kurzzeitpflege nicht erbracht werden (BSG 18.6.2016 – B 3 P 2/14 R, SozR 4–3300 § 42 Nr. 1 Rn. 18 ff. = BeckRS 2016, 69364). Geeignet sind stationäre Einrichtungen, die aufgrund ihrer personellen, sächlichen und räumlichen Ausstattung in der Lage sind, die vollstationäre Pflege für die Dauer der Kurzzeitpflege sicherzustellen. Dies wird regelmäßig bei stationären Einrichtungen, die mit einem anderen Sozialleistungsträger eine entsprechende Leistungsvereinbarung getroffen haben, angenommen werden können (vgl. BT-Drs. 16/8525, 97). Die Behinderten- und anderen Einrichtungen iSv Abs. 3 S. 1 werden in aller Regel § 71 Abs. 4 unterfallen. Vor diesem Hintergrund ist die Bestimmung des Abs. 3 S. 2 zu sehen, wonach die Ruhsregelung des § 34 Abs. 2 S. 1 für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer solchen Einrichtung keine Anwendung findet. Folglich kann auch während der Kurzzeitpflege in einer Einrichtung iSv Abs. 3 S. 1 (anteiliges) **Pflegegeld fortgezahlt** werden (§§ 37 Abs. 2 S. 2, 38 S. 4).

Wird die Kurzzeitpflege in einer nicht zugelassenen Einrichtung erbracht, kann sie dem Pflegebedürftigen mangels Vertragsbeziehungen zwischen Pflegekasse und Leistungserbringer nicht als Naturalleistung zur Verfügung gestellt werden. Abs. 3 räumt daher abweichend von Abs. 1 und 2 einen **Kostenerstattungsanspruch** ein (vgl. Rundschreiben § 42 Ziff. 5.1 Abs. 7). Erstattungsfähig sind die Kosten nur in dem Umfang des Abs. 2. Dabei gelten nicht allein die zeitlichen und betragsmäßigen Begrenzungen des Abs. 2 (vgl. → Rn. 9f.), sondern auch dessen inhaltliche Beschränkung auf die pflegebedingten und behandlungspflegerischen Aufwendungen (vgl. → Rn. 8). Der Anspruch auf Kurzzeitpflege umfasst auch dann, wenn die spezielle Form nach Abs. 3 gewählt wird, **nicht das gesamte Entgelt** einer Einrichtung. Sind im Gesamtentgelt der Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung und/oder Aufwendungen für Investitionen enthalten, müssen sie heraus gerechnet werden. Abs. 3 S. 3 und 4 erlaubt hierbei eine vereinfachte (pauschalie-

rende) Vorgehensweise: Werden die Unterkunft-, Verpflegungs- und Investitionskosten nicht gesondert ausgewiesen, so werden der Berechnung der Leistung (das Gesetz spricht von Zuschuss) pauschal 60 % des Gesamtentgelts der Einrichtung zugrunde gelegt (S. 3). In begründeten Einzelfällen können andere pauschale Abschläge vorgenommen werden (S. 4).

VII. Verhältnis zu anderen Leistungen

- 15 § 42 räumte vom 30.10.2012–30.6.2024 in **Abs. 4** einen Anspruch auf **Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen** ein (näher dazu → 5. Aufl. 2017, Rn. 15). Dieser Anspruch wich insoweit von demjenigen nach Abs. 1 und 2 ab, als die Vorsorge- oder Reha-Einrichtung keine Zulassung als Pflegeeinrichtung nach dem SGB XI benötigte. Für den deshalb auf Kostenerstattung gerichteten Anspruch galten aber dieselben betragsmäßigen und inhaltlichen Grenzen wie für den Naturalleistungsanspruch nach Abs. 1 und 2 (vgl. dazu → Rn. 8 und 10). Durch das PUEG wird Abs. 4 mWv 1.7.2024 im Zuge der Einführung des § 42a gestrichen, der einen wesentlich günstigeren Anspruch vermittelt, weil sämtliche mit dem Aufenthalt des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Reha-Einrichtung verbundenen Kosten erstattet werden und das für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehende Budget nicht belastet wird (vgl. dazu → § 42a Rn. 7 f.). Nach der ursprünglichen Fassung des PUEG sollte mit Abs. 4 der Anspruch auf Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen bereits zum 1.1.2024 wegfallen, obwohl der neue Anspruch aus § 42a gemäß dessen Abs. 1 S. 1 erst ab 1.7.2024 besteht. Um diese Anspruchslücke zu schließen, hat das Pflegestudiumstärkungsgesetz v. 12.12.2023 (BGBl. I Nr. 359) in Art. 10 PUEG einen neuen Abs. 4a eingefügt, durch den § 42 Abs. 4 erst zum 1.7.2024 wegfällt.
- 16 Einen weiteren Anspruch auf **Kurzzeitpflege** schuf das KHSG zum 1.1.2016 in § 39c SGB V. Dieser entspricht von Leistungsdauer und -höhe dem Anspruch nach § 42, verlangt aber keine Pflegebedürftigkeit, sondern setzt gerade deren Fehlen voraus. Ziel des Gesetzgebers war es, mit dem Anspruch nach § 39c SGB V Versorgungsdefiziten insbesondere im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung zu begegnen (BT-Drs. 18/6586, 86). Dies genügte dem Gesetzgeber jedoch schon bald nicht mehr. Vielmehr hielt er es für erforderlich, mit dem GVWG zum 20.7.2021 in § 39e SGB V einen Anspruch auf **Übergangspflege** im Krankenhaus einzuführen. Dieser Anspruch setzt ebenso wenig wie derjenige nach § 39c SGB V Pflegebedürftigkeit voraus, erweitert aber anders als jener die Leistungszuständigkeit des Krankenhauses. Dieses darf Versicherte, die keiner stationären Krankenhausbehandlung mehr bedürfen, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aber unversorgt wären, für eine kurze Übergangszeit (10 Tage) weiter versorgen. Obwohl es sich bei der Übergangspflege um eine pflegerische Leistung handelt, ist sie ihrem Umfang nach in § 39e S. 2 SGB V genauso umfassend konzipiert wie die stationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V).
- 17 Während der Kurzzeitpflege nach § 42 kommen Leistungen der häuslichen Pflege grundsätzlich nicht in Betracht; die durch das PNG eingefügten §§ 37 Abs. 2 S. 2, 38 S. 4 lassen jedoch eine Fortzahlung der Hälfte des bis zum Beginn der Kurzzeitpflege gewährten (anteiligen) **Pflegegeldes** zu. Kurzzeitpflege und **Verhinderungspflege** (§ 39) können zwar nicht zeitgleich nebeneinander in Anspruch genommen werden. Nacheinander schließen sich beide Leistungen aber, auch innerhalb desselben Kalenderjahres, nicht aus; selbst wenn die Verhinderungspflege stationär durchgeführt wird, wird sie nicht auf den Anspruch auf Kurzzeitpflege angerechnet. Des Weiteren möglich ist die Kurzzeitpflege als Vorstufe zur zeitlich nicht befristeten **vollstationären Pflege** nach § 43; zur Geltendmachung des Heimentgelts für den Verlegungstag beim Übergang zur vollstationären Pflege vgl. § 87a Abs. 1 S. 3.

Dritter Titel. Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

§ 42a [ab 1.7.2025: **§ 42b**] Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(1) ¹Pflegebedürftige haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. ²Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches besteht.

(2) ¹Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. ²Zur Erbringung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege kann die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eine nach § 72 zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung einsetzen. ³Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer nach § 72 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(3) ¹Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. ²Pflegebedürftige haben Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 entstehen. ³Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

(4) ¹Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, stellt der Antrag zugleich einen Antrag des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen dar, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, sofern der Pflegebedürftige zustimmt. ²Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, prüft mit den nach § 23 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches oder § 40 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches benannten Einrichtungen, ob die Versorgung des Pfl-

gebedürftigen in der Einrichtung möglich ist, und holt deren Einverständnis ein. ³Liegt das Einverständnis der Einrichtung vor, informiert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen unverzüglich die Krankenkasse. ⁴Über den Antrag auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 ist unverzüglich zu entscheiden. ⁵Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung als der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung versorgt werden, koordiniert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung des Pflegebedürftigen dessen Versorgung.

(5) ¹Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, hat unmittelbar der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen gemäß Absatz 3 zu erstatten. ²Die Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. ³Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der am 31. Dezember des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. ⁴Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. ⁵Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen gemäß Absatz 2 Satz 3 in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu erstatten.

(6) Abweichend von § 34 Absatz 2 ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches versorgt wird; § 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz und Absatz 3 bleibt unberührt.

(7) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vereinbaren bis zum 30. Juni 2024 gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen. ²Die gemeinsamen Empfehlungen sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. ³Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ⁴Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließen bis zum 30. Juni 2024 eine Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren.

- (8) Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung hat den Landesverbänden der Pflegekassen vor erstmaliger Versorgung Pflegebedürftiger ein auf Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen nach Absatz 7 erstelltes Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger vorzulegen und in regelmäßigen Abständen dessen Einhaltung nachzuweisen.
- (9) ¹Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen erheben Statistiken über Anträge auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie deren Erledigung und Durchführung. ²Zur Durchführung des Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahrens dürfen die Pflegekassen oder die privaten Versicherungsunternehmen die dafür erforderlichen Daten des Pflegebedürftigen sowie der Krankenkasse oder des Rentenversicherungsträgers der Pflegeperson den beteiligten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen übermitteln, sofern der Pflegebedürftige und die Pflegeperson in die Übermittlung einwilligen.

[ab 1.7.2025: § 42a Gemeinsamer Jahresbetrag]

- (1) *Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).*
- (2) ¹*Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. ²Die Anzeige gilt als erfolgt, wenn die zur Kostenerstattung im Rahmen der Verhinderungspflege erforderlichen Nachweise und Unterlagen innerhalb dieses Zeitraums bei der Pflegekasse eingereicht worden sind und die Pflegeeinrichtung hierüber nachweisbar sichere Kenntnis hat. ³Werden Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht und wird deren Abrechnung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen, ist durch den Leistungserbringer bis zum Ablauf dieses Zeitraums die Leistungserbringung und deren Umfang gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen.*
- (3) ¹*Erbringen Pflegeeinrichtungen Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege, haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen; auf der Übersicht ist deutlich erkennbar anzuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. ²Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden. ³Sofern es sich bei den Leistungserbringenden nicht um natürliche Personen handelt, finden die Sätze 1 und 2 auf andere Erbringer von Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege entsprechende Anwendung.*

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und -kontext	2
III. Anspruchsvoraussetzungen (Abs. 1 und 2)	5
IV. Leistungsumfang (Abs. 3)	7
V. Antrags- und Genehmigungsverfahren (Abs. 4)	9
VI. Vergütung der Einrichtung (Abs. 5)	10

VII. Ruhen von Leistungen (Abs. 6)	Rn. 12
VIII. Gemeinsame Empfehlungen und Verwaltungsvereinbarungen (Abs. 7)	13
IX. Qualitätssicherungskonzept der Vorsorge- oder Reha-Einrichtung (Abs. 8)	14
X. Statistik und Datenübermittlung (Abs. 9)	15

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist durch Art. 2 Nr. 7 PUEG zum 1.1.2024 eingeführt worden. Sie wird nach Art. 2a Nr. 12 PUEG zum 1.7.2025 zu § 42b. Bereits zum 1.1.2024 wurde durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz v. 12.12.2023 (BGBl. I Nr. 359) in Abs. 5 S. 3 der Stichtag für die Ermittlung des durchschnittlichen Gesamtheimtelgts klargestellt.

II. Normzweck und -kontext

- 2 Die Vorschrift soll es Pflegepersonen, die Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung versorgen, ermöglichen, an stationären medizinischen Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen teilzunehmen, ohne die Pflege des Pflegebedürftigen zu vernachlässigen. Ziel der Vorschrift ist die **Stabilisierung der häuslichen Pflege**, indem einerseits den Pflegepersonen der Zugang zu stationären Vorsorge- und Reha-Leistungen erleichtert wird, um deren Pflegefähigkeit zu erhalten, und andererseits während einer solchen Maßnahme die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen unter Aufrechterhaltung des persönlichen Kontakts zu seiner Pflegeperson gewährleistet wird (BT-Drs. 20/6544, 36 und 85).
- 3 Die Vorschrift ersetzt den bis 30.6.2024 in § 42 Abs. 4 geregelten Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer Vorsorge- und Reha-Einrichtung. Zugleich knüpft sie an den durch das PpSG in § 40 Abs. 3 S. 2 SGB V geschaffenen und seit 1.1.2024 in § 40 Abs. 3a SGB V enthaltenen Anspruch auf Mitaufnahme und Versorgung des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung an, in der sein pflegender Angehöriger an einer Reha-Maßnahme teilnimmt. Dieser Anspruch (der Pflegeperson) war wesentlich günstiger ausgestaltet als der Anspruch (des Pflegebedürftigen) nach § 42 Abs. 4, weil sämtliche mit dem Aufenthalt des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung verbundene Kosten übernommen wurden und das für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehende Budget nicht belastet wurde (BeckOK SozR/Giesbert § 42 Rn. 57). Allerdings handelte es sich um einen Anspruch der Pflegeperson gegen ihre Krankenkasse, der daher dann nicht griff, wenn die Reha nicht zulasten der GKV, sondern anderer Reha-Träger oder der PKV erfolgte. Durch das PUEG wurde dieser Anspruch zu einem des Pflegebedürftigen gegen seine Pflegekasse umgeformt (Abs. 1 S. 1). Dieser Anspruch besteht nicht nur bei Reha-, sondern auch bei Vorsorgemaßnahmen der Pflegeperson. Er umfasst neben der gesamten pflegerischen Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auch die mit seinem dortigen Aufenthalt zusammenhängenden Hotel-, Investitions- sowie Fahrkosten (Abs. 3) – und zwar ohne Beschränkung auf einen Höchstbetrag. Mit Einführung des § 42a hat der Gesetzgeber keinen Bedarf mehr für die Regelung in § 42 Abs. 4 gesehen und sie daher abgeschafft (BT-Drs. 20/6544, 84 – vgl. auch BT-Drs. 20/8901, 174). An dem in § 40 Abs. 3a SGB V geregelten Anspruch der Pflegeperson hat er allerdings festgehalten; dieser geht nach § 42a Abs. 1 S. 2 dem eigenen Anspruch des Pflegebedürftigen vor.
- 4 Die Vorschrift regelt wort- und umfangreich die Mitversorgung Pflegebedürftiger bei stationärer medizinischer Vorsorge oder Reha ihrer Pflegepersonen. Sie wirft

aber mehr Fragen auf, als sie beantwortet, weil sie oft ungenau und an vielen Stellen nicht bis zum Ende durchdacht ist. Die Regelung steht insoweit im **Widerspruch zu Strukturprinzipien der Pflegeversicherung**, als sie für die Dauer einer Vorsorge- oder Reha-Maßnahme in Durchbrechung des Teilleistungsprinzips dem Pflegebedürftigen einen der Höhe nach unbegrenzten Anspruch auf Übernahme aller anfallenden Kosten einräumt (Abs. 3). Systemwidrig sind auch die unmittelbar für die private Pflegeversicherung geltende Regelungen (Abs. 4 und 5). Denn deren Leistungsrecht ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, das lediglich dem Gleichwertigkeitsgebot des § 23 Abs. 1 S. 2 zu genügen hat. Und die unmittelbare Erstattung der Kosten an die Vorsorge- oder Reha-Einrichtung bzw. das Pflegeheim (Abs. 5 S. 1 und 5) entspricht nicht dem Kostenersatzungsprinzip, wie es nach § 23 Abs. 1 S. 3 in der privaten Pflegeversicherung gilt.

III. Anspruchsvoraussetzungen (Abs. 1 und 2)

Nach Abs. 1 S. 1 haben Pflegebedürftige ab 1.7.2024 Anspruch auf (Mit-)Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Reha-Leistungen durch ihre Pflegeperson. Anspruchsberechtigt sind **Pflegebedürftige jeden Pflegegrades** – also auch des Pflegegrades 1 (vgl. § 28a Nr. 7). Anspruchsvoraussetzung ist nach Abs. 1 S. 1, dass eine Pflegeperson des Pflegebedürftigen eine stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahme in Anspruch nimmt. Die **Pflegeperson** muss kein Angehöriger des Pflegebedürftigen sein; vielmehr gilt § 19 S. 1, wonach Pflegeperson jeder ist, der den Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegt. Das Gesetz verlangt weder eine bestimmte Mindestpflegezeit (wie in § 19 S. 2) noch sieht es eine Wartezeit bei Aufnahme der Pflege vor (wie in § 39 Abs. 1 S. 2). Auch unterliegt der Anspruch keinen Einschränkungen, wenn der Pflegebedürftige mehrere Pflegepersonen hat; vielmehr besteht er bereits – wie es ausdrücklich im Gesetz heißt –, wenn „eine“ seiner Pflegepersonen an einer Maßnahme teilnimmt. Bei dieser muss es sich um eine **stationäre medizinische Vorsorge- oder Reha-Maßnahme** handeln. Dies ist in Abs. 1 S. 1 nicht nur umständlich, sondern auch missverständlich geregelt. Abs. 1 S. 1 zählt einzelne Vorsorge- und Reha-Leistungen auf (nach §§ 23 Abs. 4, 40 Abs. 2 SGB V, § 15 Abs. 2 SGB VI), diese aber nicht abschließend, sondern als Maßstab für alle anderen („vergleichbaren“) Vorsorge- und Reha-Maßnahmen (zB nach § 24 SGB V), die ebenfalls einen Versorgungsanspruch des Pflegebedürftigen begründen können. Dabei hätte als Referenzleistung für die stationäre medizinische Reha § 15 Abs. 2 SGB VI genügt. Die zusätzliche Erwähnung von § 40 Abs. 2 SGB V ist nicht nur unnötig, sondern steht auch in Widerspruch zu **Abs. 1 S. 2**. Denn danach wird der Anspruch nach Abs. 1 S. 1 durch den Anspruch nach § 40 Abs. 3a SGB V ausgeschlossen; und dieser Anspruch kann bei jeder **Leistung nach § 40 Abs. 2 SGB V** bestehen, die daher trotz ihrer Erwähnung in Abs. 1 S. 1 niemals zu einem Anspruch nach dieser Vorschrift führen kann. Die Mitversorgung des Pflegebedürftigen ist in Abs. 1 S. 1 zwar nicht als Annexanspruch der Pflegeperson ausgestaltet. Sie ist aber gleichwohl eine **akzessorische Nebenleistung** zur stationären medizinischen Vorsorge- oder Reha-Leistung. Als akzessorische Nebenleistung setzt die Mitversorgung des Pflegebedürftigen das Bestehen eines Anspruchs der Pflegeperson auf die Hauptleistung (Vorsorge oder Reha) voraus und teilt dessen rechtliches Schicksal. Anspruch auf Mitversorgung besteht nach Abs. 1 S. 1 nur, wenn und solange („gleichzeitig“) die Hauptleistung von der Pflegeperson tatsächlich in Anspruch genommen wird.

Leistungsort ist **primär die Vorsorge- oder Reha-Einrichtung**, in der die Pflegeperson an einer stationären medizinischen Vorsorge- oder Reha-Maßnahme teilnimmt. Diese Einrichtung muss – wie Abs. 1 S. 1 ausdrücklich verlangt –, „zugelassen“ sein, dh nach dem jeweiligen Recht zur Erbringung von Vorsorge- oder

Reha-Leistungen berechtigt sein (zB nach § 111 Abs. 4 S. 1 SGB V oder § 15 Abs. 4 SGB VI). Die bloße Zertifizierung nach § 37 Abs. 3 SGB IX genügt nicht. Eine Mitaufnahme in die Vorsorge- oder Reha-Einrichtung setzt nach Abs. 2 S. 1 die **Sicherstellung der pflegerischen Versorgung** des Pflegebedürftigen durch diese Einrichtung voraus. Diese muss die im Einzelfall erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege grundsätzlich selbst, dh durch eigenes Personal, erbringen. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz macht Abs. 2 S. 2; danach darf die Vorsorge- oder Reha-Einrichtung die pflegerischen Leistungen durch einen **zugelassenen Pflegedienst** (§§ 71 Abs. 1, 72) erbringen lassen. Macht die Vorsorge- oder Reha-Einrichtung hiervon Gebrauch, führt dies nicht dazu, dass die Verantwortung für die pflegerische Versorgung gegenüber der Pflegekasse von ihr auf den Pflegedienst übergeht. Vielmehr beschränken sich die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Vorsorge- oder Reha-Einrichtung und Pflegedienst auf deren Binnenverhältnis. Die Vergütung der Leistungen des Pflegedienstes obliegt allein der Vorsorge- oder Reha-Einrichtung (BT-Drs. 20/6544, 85). Die Versorgung des Pflegebedürftigen muss nicht zwingend in der Vorsorge- oder Reha-Einrichtung erfolgen. Vielmehr kann sie, wenn sie von der Vorsorge- oder Reha-Einrichtung nicht selbst sichergestellt werden kann, **sekundär** auch in einem **zugelassenen Pflegeheim** durchgeführt werden (Abs. 2 S. 2), das dann die Verantwortung für die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen trägt und folglich einen Vergütungsanspruch gegen die Pflegekasse hat (Abs. 5 S. 5). Die in den Gesetzesmaterialien erwähnte Annahme, dass das Pflegeheim „nahegelegen“ zum Ort der Vorsorge- oder Reha-Maßnahme sein muss (BT-Drs. 20/6544, 85), hat im Gesetzestext keinen Anhalt gefunden.

IV. Leistungsumfang (Abs. 3)

- 7 Der Umfang des Leistungsanspruchs ist in einer für das SGB XI einzigartigen Weite geregelt. In Durchbrechung des die Pflegeversicherung prägenden Teilleistungsprinzips umfasst der Anspruch nach Abs. 3 S. 1 **sämtliche** wegen der Aufnahme des Pflegebedürftigen anfallenden **Pflege-, Hotel- und Investitionskosten**, ohne dass deren Erstattung der Höhe oder Zeit nach begrenzt würde. In zeitlicher Hinsicht ist der Anspruch lediglich aufgrund seiner Akzessorietät (→ Rn. 5) an die Dauer der Vorsorge- oder Reha-Maßnahme gekoppelt. Die Höhe der Erstattung ist näher in Abs. 5 geregelt (→ Rn. 10).
- 8 Ein Novum für das SGB XI ist der Anspruch auf **Fahr- und Gepäcktransportkosten**, den Abs. 3 S. 2 einräumt. Zwar umfasst auch die teilstationäre Pflege die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Pflegeeinrichtung (§ 41 Abs. 1 S. 2). Die Beförderungskosten sind aber dort nicht gesondert erstattungsfähig, sondern gehen in die Pflegesätze ein, weil es Sache der Pflegeeinrichtung ist, die tägliche Hin- und Rückfahrt sicherzustellen (Krauskopf/Sieper § 41 Rn. 19). In welcher Höhe bei der Mitversorgung Pflegebedürftiger während einer Vorsorge- oder Reha-Maßnahme die Fahrkosten zu erstatten sind, ist in Abs. 3 S. 2 nicht geregelt. Die Gesetzesmaterialien (BT-Drs. 20/6544, 86) gehen davon aus, dass wie nach § 73 Abs. 4 S. 1 SGB IX Fahrkosten in Höhe des Betrags zugrunde gelegt werden, der bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels der niedrigsten Beförderungsklasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu zahlen ist, bei Benutzung sonstiger Verkehrsmittel in Höhe der Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 1 BRKG. Dies ist allerdings alles andere als selbstverständlich. Denn § 73 SGB IX ist auf die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung nicht anwendbar, weil es sich dabei weder um eine Reha-Leistung handelt noch die Pflegekassen Reha-Träger sind.

V. Antrags- und Genehmigungsverfahren (Abs. 4)

Nach Abs. 4 S. 1 gilt der Vorsorge- oder Reha-Antrag der Pflegeperson zugleich 9
als Antrag des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach Abs. 1 S. 1, sofern die Pflegeperson die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen wünscht und der Pflegebedürftige dem zustimmt. Die **Antragsfiktion** gilt nach dem Wortlaut des Gesetzes nicht für alle Anträge auf stationäre medizinische Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen iSv Abs. 1 S. 1 (→ Rn. 5), sondern nur für Anträge auf Leistungen nach §§ 23 Abs. 4, 40 Abs. 2 SGB V und § 15 Abs. 1 (gemeint wohl: Abs. 2) SGB VI. Die vom Gesetzgeber gewählte Regelungstechnik ist unglücklich: Während die Erwähnung von § 40 Abs. 2 SGB V auch hier überflüssig ist (→ Rn. 5), muss bei den nicht erwähnten Vorsorge- oder Reha-Leistungen auf einen Analogieschluss oder eine Antragsauslegung unter Berücksichtigung des Meistbegünstigungsgrundsatzes zurückgegriffen werden. Von Bedeutung ist die Antragsfiktion wegen der materiell-rechtlichen Wirkung, die nach § 33 Abs. 1 Leistungsanträgen in der Pflegeversicherung zukommt. Die Gesetzesmaterialien gehen davon aus, dass der Vorsorge- oder Reha-Träger den Antrag nicht nur an die Pflegekasse weiterleitet, sondern dieser auch geeignete Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen benennt (BT-Drs. 20/6544, 86). Hierauf nimmt die Regelung in Abs. 4 S. 2 und 3 Bezug, die die Pflegekasse verpflichtet, das Einverständnis der Einrichtung zur Mitversorgung des Pflegebedürftigen einzuholen. Vorgeschrieben ist dieses Abstimmungsverfahren nur für Vorsorge- oder Reha-Leistungen nach §§ 23 Abs. 4, 40 Abs. 2 SGB V – wobei es für letztere wegen Abs. 1 S. 2 auch hier keinen Anwendungsbereich gibt (vgl. → Rn. 5). Das in Abs. 4 S. 2 und 3 vorgesehene Abstimmungsverfahren der Pflegekasse mit der Einrichtung ist auch bei anderen stationären medizinischen Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen sinnvoll; hinsichtlich derjenigen nach § 15 Abs. 2 SGB VI kann es in der Verwaltungsvereinbarung nach Abs. 7 S. 2 geregelt werden. Für alle Vorsorge- und Reha-Maßnahmen wird das **Genehmigungsverfahren** durch das Beschleunigungsgebot in Abs. 4 S. 4 geregelt. Ebenfalls für alle Vorsorge- und Reha-Maßnahmen gilt der **Koordinierungsauftrag**, den Abs. 4 S. 5 den Pflegekassen zuweist, wenn der Pflegebedürftige nicht in die Vorsorge- oder Reha-Einrichtung aufgenommen werden kann, in der seine Pflegeperson an einer Vorsorge- oder Reha-Maßnahme teilnimmt.

VI. Vergütung der Einrichtung (Abs. 5)

Abs. 5 regelt in S. 1–4 die Vergütung von Vorsorge- und Reha-Einrichtungen 10
und in S. 5 die Vergütung von Pflegeheimen. Statt von Vergütung ist im Gesetz von **unmittelbarer Kostenerstattung** die Rede. Dies rührt daher, dass das Gesetz auf eine Zulassung der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen verzichtet, die Pflegebedürftige während einer Vorsorge- oder Reha-Maßnahme der Pflegeperson pflegerisch versorgen. Erfolgt die Pflege in einer nicht zugelassenen Einrichtung, kann sie dem Pflegebedürftigen mangels Vertragsbeziehungen zwischen Pflegekasse und Leistungserbringer nicht als Naturalleistung zur Verfügung gestellt werden; in einem solchen Fall kann sein Anspruch nur auf Kostenerstattung gerichtet sein. Hiervon geht Abs. 5 S. 1 zwar aus, räumt aber den Kostenerstattungsanspruch nicht dem Pflegebedürftigen ein, sondern der Vorsorge- oder Reha-Einrichtung. Damit wird diese letztlich so behandelt, wie wenn sie in das Naturalleistungssystem einbezogen wäre. Aus diesem Grunde kann auch Abs. 5 S. 6 bei stationären Pflegeheimen von unmittelbarer Kostenerstattung sprechen.

Die Vergütung einer **Vorsorge- oder Reha-Einrichtung** erfolgt gemäß Abs. 5 11
S. 2 nach dem durchschnittlichen **Gesamtheimentgelt** (§ 87a Abs. 1 S. 1) aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Damit wollte

der Gesetzgeber zusätzlichen Verhandlungsaufwand vermeiden und einen an den tatsächlichen Aufwendungen für Kurzzeitpflege orientierten Wert wählen (BT-Drs. 20/6544, 86). Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt ist nach Abs. 5 S. 3 jährlich neu zu ermitteln und nach Abs. 5 S. 4 in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Eine bestimmte Methode für die Ermittlung des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts schreibt das Gesetz nicht vor; insoweit besteht ein Regelungsspielraum der Landesverbände der Pflegekassen. Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen nicht in der Vorsorge- oder Reha-Einrichtung, sondern in einem **Pflegeheim** (Abs. 2 S. 3), ist diesem nach Abs. 5 S. 5 das für diese Einrichtung geltende Gesamtheimentgelt für die Kurzzeitpflege zu zahlen.

VII. Ruhen von Leistungen (Abs. 6)

- 12 Abs. 6 S. 1 ordnet das **Ruhen aller Ansprüche auf Leistungen bei häuslicher Pflege** (§§ 36–40b) an, solange der Pflegebedürftige nach Abs. 1 oder nach § 40 Abs. 3a SGB V versorgt wird. Die ausdrückliche Erwähnung des (anteiligen) Pflegegeldes in Abs. 6 S. 1 hängt damit zusammen, dass dieses nach § 37 Abs. 2 S. 2 während Verhinderungs- und Kurzzeitpflege fortgezahlt wird. Anders als bei der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege werden bei der Versorgung des Pflegebedürftigen nach Abs. 1 die vollen Kosten von der Pflegekasse übernommen (Abs. 3 S. 1). Da in diesem Fall keine Pflege im häuslichen Bereich erforderlich ist und der Pflegebedürftige auch keine gesonderten Kosten zu tragen hat, ist es nur folgerichtig, dass der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht (BT-Drs. 20/6544, 87). Hiervon macht Abs. 6 S. 2 für den Fall eine **Ausnahme**, dass der Pflegebedürftige das Pflegegeld zur Finanzierung des Arbeitsentgelts für eine von ihm angestellte Person verwendet (sog. **Arbeitgebermodell**, vgl. dazu → § 36 Rn. 23a). Denn nach Abs. 6 S. 2 bleibt § 34 Abs. 2 S. 2 Hs. 2 unberührt. Obwohl die Ausnahmenvorschrift des § 34 Abs. 2 S. 2 Hs. 2 ihrem Wortlaut nach erst nach Ablauf der „ersten vier Wochen“ greift, tritt richtigerweise auch zuvor kein Ruhen ein.

VIII. Gemeinsame Empfehlungen und Verwaltungsvereinbarungen (Abs. 7)

- 13 Abs. 7 erteilt zwei Regelungsaufträge, die sich beide überschneiden und deren Verhältnis zueinander unklar ist. Während Abs. 7 S. 1 für die **gemeinsamen Empfehlungen** einen umfassend formulierten Regelungsauftrag enthält („insbesondere zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren sowie zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen“), sieht Abs. 7 S. 4 für einen Teilbereich („Antrags- und Genehmigungsverfahren“) eine **Verwaltungsvereinbarung** vor. Zum Verhältnis dieser beiden Regelungsinstrumente – ob die Verwaltungsvereinbarung aus den gemeinsamen Empfehlungen heraus zu entwickeln ist oder ob sie in ihrem Bereich die Empfehlungen verdrängt – findet sich weder im Gesetzestext eine Bestimmung noch in den Gesetzesmaterialien eine Äußerung. Bei der Abgrenzung dieser Regelungsinstrumente kommt es richtigerweise darauf an, welche Seiten an ihrem Zustandekommen beteiligt sind: An der Vereinbarung der gemeinsamen Empfehlungen nach Abs. 7 S. 1 wirken die Pflegekassen und die Vorsorge- und Reha-Einrichtungen über ihre Spitzenverbände mit, von den Vorsorge- und Reha-Trägern aber nur der GKV-SpV. Mit einem anderen Reha-Träger, nämlich der Deutschen Rentenversicherung Bund, ist dagegen die Verwaltungsvereinbarung nach Abs. 7 S. 4 abzuschließen, dies allerdings ohne Beteiligung der Einrichtungen. Mit Blick hierauf wird das Antrags- und Genehmigungsverfahren in den gemeinsamen Empfehlungen nach Abs. 7 S. 1 nur insoweit geregelt werden können,

als die Interessen der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen davon betroffen sind, was in erster Linie für die Ausgestaltung des Abstimmungsverfahrens nach Abs. 4 S. 2 und 3 gilt. Soweit es um Reha-Maßnahmen zulasten der Rentenversicherung geht, wird die Verwaltungsvereinbarung nach Abs. 7 S. 4 vorrangig sein, was Regelungen mit höherer Verbindlichkeit als bloße Empfehlungen zulässt. In diesem Rahmen sollte insbesondere vereinbart werden, wie sichergestellt werden kann, dass die Bewilligungsbescheide der Vorsorge- und Reha-Träger einerseits und der Pflegekassen andererseits zeitnah zueinander erteilt werden (BT-Drs. 20/6544, 87). Regelungen zum Kostenerstattungsverfahren und zur Qualitätssicherung sind allein in den gemeinsamen Empfehlungen möglich. Hinsichtlich der Qualitätssicherung lässt sich den Gesetzesmaterialien entnehmen, dass die gemeinsamen Empfehlungen den aktuellen Stand des pflegerischen Wissens und der Qualitätsentwicklung in der Pflege berücksichtigen und Ausführungen zum internen Qualitätsmanagement enthalten sollen (BT-Drs. 20/6544, 87). In Betracht kommen insbesondere Empfehlungen zu den Qualitätssicherungskonzepten nach Abs. 8.

IX. Qualitätssicherungskonzept der Vorsorge- oder Reha-Einrichtung (Abs. 8)

Eine Vorsorge- oder Reha-Einrichtung hat nach Abs. 8 vor erstmaliger (Mit-)Vorsorgung Pflegebedürftiger ein **Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung** vorzulegen. Das Konzept ist Voraussetzung für die Leistungserbringung und genügt nur, wenn es auf der Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen nach Abs. 7 erstellt wurde. Mit Vorlage des Konzepts zeigt die jeweilige Vorsorge- oder Reha-Einrichtung, dass sie für die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen geeignet ist. Es genügt nicht die einmalige Erstellung eines solchen Konzepts. Das Konzept muss vielmehr umgesetzt und seine Einhaltung in regelmäßigen Abständen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen nachgewiesen werden. Die Form und die Intervalle des Nachweises sind in den gemeinsamen Empfehlungen nach Abs. 7 zu regeln (BT-Drs. 20/6544, 87 f.).

X. Statistik und Datenübermittlung (Abs. 9)

Die statistischen Erhebungen, die Abs. 9 S. 1 für erforderlich hält, sind bei Vorsorge- und Reha-Leistungen im SGB V üblich (vgl. §§ 23 Abs. 4 S. 2, 40 Abs. 2 S. 5 SGB V). Merkwürdigerweise macht Abs. 9 S. 2 die Datenübermittlung von der Pflegekasse an die Vorsorge- oder Reha-Einrichtung von einer gesonderten Einwilligung von Pflegebedürftigen und Pflegeperson abhängig, obwohl die zugrunde liegende Leistung ohnehin deren Antrag bzw. Zustimmung erfordert (vgl. Abs. 4 S. 1).

Vierter Titel. Vollstationäre Pflege

§ 43 Inhalt der Leistung

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

(2) ¹**Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für**

Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. ²Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

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

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

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Aufbau der Vorschrift	5
IV. Voraussetzungen des Anspruchs auf stationäre Pflege (Abs. 1)	6
V. Umfang der Leistung (Abs. 2)	9
1. Leistungsinhalt (Abs. 2 S. 1)	11
2. Pauschalbeträge und Höchstgrenzen (Abs. 2 S. 2)	14
3. Unterkunft, Verpflegung (Abs. 2 S. 3) sowie Zusatzleistungen und Investitionskosten	18
VI. Vollstationäre Pflege bei Pflegegrad 1 (Abs. 3)	21
VII. Vorübergehende Abwesenheit (Abs. 4)	22
VIII. Übergangsrecht	23

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist am 1.7.1996 in Kraft getreten. Die mit dem PflegeVG (vom 26.5.1994, BGBl. I 1014) verabschiedete Fassung entspricht nur in Abs. 1 dem RegE (§ 39 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 115. Abs. 2 S. 1 und Abs. 3 (jetzt wieder Abs. 3, bis 31.12.2016 Abs. 4) wurden aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses geändert (BT-Drs. 12/5920, 42 f.; zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 40). Im ersten Vermittlungsverfahren wurde Abs. 2 S. 1 erneut geändert und S. 4 und 5 angefügt (BT-Drs. 12/6424, 3). Durch das 1. SGB XI-ÄndG (vom 14.6.1996, BGBl. I 830) wurden noch vor Inkrafttreten mWv 1.7.1996 folgende Änderungen vorgenommen: Abs. 2 der ursprünglichen Fassung wurde geteilt. Die Härteklausele in Abs. 2 S. 4 und 5 wurde als Abs. 3 verselbstständigt und inhaltlich geändert, der bisherige Abs. 3 (Zuschuss bei nicht erforderlicher stationärer Pflege) wurde Abs. 4. Zudem wurde Abs. 2 S. 1 inhaltlich geändert, S. 2 hinzugefügt und S. 2 und 3 der ursprünglichen Fassung gestrichen. Sodann wurde durch das 3. SGB XI-ÄndG (vom 5.6.1998, BGBl. I 1229) mWv 1.1.1998 Abs. 5 angefügt (jetzt Abs. 2). Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz (vom 22.12.1999, BGBl. I 2626) wurde mWv 1.1.2000 die ursprünglich in Abs. 2, 3 und 5 vorgesehene Befristung um zwei Jahre verlängert. Durch das Achte Euro-Einführungsgesetz (vom 23.10.2001, BGBl. I 2702) wurden die Leistungsbeträge in Abs. 2, 3 und 5 mWv 1.1.2002 von DM auf EUR umgestellt. Das PflEG (vom 14.12.2001, BGBl. I 3728) verlängerte die Fristen

in den Abs. 2, 3 und 5 um weitere drei Jahre auf den 31.12.2004. Diese wurden sodann durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz (vom 21.3.2005, BGBl. I 818) auf den 30.6.2007 verlängert. Durch Art. 8 Nr. 13 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) wurde Abs. 2 mWv 1.4.2007 neu gefasst (die zuvor in Abs. 5 aufgeführten Leistungssätze wurden in den Abs. 2 übernommen), die Befristung in Abs. 2 und 3 aufgehoben und Abs. 5 ganz gestrichen. Durch Art. 1 Nr. 23 PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) wurden die Abs. 2 und 3 mWv 1.7.2008 neu gefasst und Abs. 5 mit neuem Regelungsgehalt angefügt. Schließlich wurde § 43 durch die Pflegestärkungsgesetze geändert: Durch das PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) wurden zunächst die Leistungsbeträge in Abs. 2 S. 2 mWv 1.1.2015 geändert. Sodann wurden im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit verbundenen Pflegegrade durch das PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) Abs. 1–4 mWv 1.1.2017 an das neue System angepasst. Dabei wurden gleichzeitig die Abs. 2–4 durch die Abs. 2 und 3 ersetzt und Abs. 5 zu Abs. 4. Zuletzt wurde § 43 durch das PSG III (vom 23.12.2016, BGBl. I 3191) ebenfalls mWv 1.1.2017 geändert: Der bis dato in Abs. 1 enthaltene Zusatz „wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt“ wurde gestrichen und in Abs. 2 der jetzige S. 3 angefügt.

II. Normzweck

Vollstationäre Pflege auf Dauer (Heimpflege) als Leistung der Pflegeversicherung wird seit dem 1.7.1996 gewährt. Der Grundsatz, dass die häusliche vor der vollstationären Pflege Vorrang hat, ist seit dem 1.1.2017 in Folge des PSG III (→ Rn. 1) zwar nicht mehr in § 43 Abs. 1 normiert (hierzu → Rn. 8), findet sich jedoch weiterhin in § 3 S. 1, der – ebenso wie §§ 41 Abs. 1, 42 Abs. 2 – in S. 2 zudem das Stufenverhältnis der §§ 36 ff., 41, 42, 43 zum Ausdruck bringt. Nach wie vor ist daher das Leistungssystem des SGB XI auf **Vermeidung von stationärer Pflege** ausgerichtet. Es steht aber jedem Pflegebedürftigen frei, stationäre Pflege zu wählen.

Wählt der Pflegebedürftige stationäre Pflege und liegen die Voraussetzungen des § 43 Abs. 1 vor, **schützt** die Regelung ihn **vor unkalkulierbaren Kosten**, da durch das gewährte Entgelt nach Abs. 2 S. 2 grundsätzlich alle in Abs. 2 S. 1 genannten Leistungen (pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege) abgedeckt sein sollen. Das ursprüngliche, idF des SGB XI von 1994 festgelegte Leistungskonzept für die stationäre Pflege sah einen von der Pflegestufe (seit 1.1.2017: Pflegegrad) unabhängigen Sachleistungsanspruch auf Pflegeleistungen vor. § 43 Abs. 2 enthielt – bis zu der Höchstgrenze von individuell 2.800 DM (1.432 EUR) bzw. im Durchschnitt aller stationär Pflegebedürftigen einer Pflegekasse von 30.000 DM (15.339 EUR) eine Leistungspflicht der Pflegekassen für pflegebedingte Aufwendungen. Eine Zuzahlung des Pflegebedürftigen wäre danach nur dann angefallen, wenn und soweit der Pflegesatz die Höchstgrenzen überschritten hätte, wobei insbesondere die kollektive Höchstgrenze auf den einzelnen Pflegebedürftigen nur schwierig umzusetzen war. Dieses Konzept ist seit dem Beginn der Leistungen bei stationärer Pflege am 1.7.1996 jedoch nicht realisiert, sondern durch **Übergangsrecht** überlagert worden. Die mit dem 1. SGB XI-ÄndG eingeführten Übergangsvorschriften in Art. 49a PflegeVG verfolgten in erster Linie das Ziel, den Pflegeheimen die Umstellung des Vergütungssystems von dem früher einheitlichen Heimentgelt zum aufgespaltenen Vergütungssystem des SGB XI zu erleichtern. Sie enthielten für den Geltungszeitraum des Art. 49a PflegeVG (1.7.1996 bis 31.12.1997) jedoch in dessen § 1 auch für die Pflegebedürftigen einschneidende Abweichungen gegenüber der Ursprungsfassung des § 43. Der umfassende und **von**

der Pflegestufe unabhängige Sachleistungsanspruch der stationär versorgten Pflegebedürftigen wurde abgelöst durch pauschale, nach Pflegestufen differenzierende Leistungen. Nach dem Auslaufen des Übergangsrechts wurden die für die Leistungsansprüche der Versicherten maßgebenden Regelungen des Art. 49a § 1 PflegeVG mit dem 3. SGB XI-ÄndG (während des Gesetzgebungsverfahrens als Viertes SGB XI-ÄndG bezeichnet, vgl. BT-Drs. 13/9816) mWv 1.1.1998 als § 43 Abs. 5 angefügt. Danach trat an die Stelle des von der Pflegestufe unabhängigen, die pflegebedingten Aufwendungen (innerhalb der beschriebenen Höchstgrenzen) umfassenden Sachleistungsanspruchs (s. hierzu auch BSG 20.4.2016 – B 3 P 1/15 R., SozR 4–3300 § 45b Nr. 2 Rn. 23 = BeckRS 2016, 70648) ein Anspruch auf Übernahme eines pauschalen Anteils der pflegebedingten Aufwendungen, dessen Höhe von der festgestellten Pflegestufe abhing. Durch Art. 8 Nr. 13 GKV-WSG wurde die Regelung in Abs. 2 integriert und Abs. 5 gestrichen (→ Rn. 1).

- 4 In der ursprünglichen Fassung des Abs. 2 war die Leistungspflicht der Pflegeversicherung beschränkt auf „**pflegebedingte Aufwendungen**“. Die Definition dieses Begriffs befand sich zunächst in Abs. 2 S. 2 und 3; durch das 1. SGB XI-ÄndG wurde sie dort gestrichen und in den § 4 Abs. 2 S. 2 übertragen. Zugleich wurde die Leistungspflicht der Pflegeversicherung ausgedehnt auf Aufwendungen der **sozialen Betreuung** sowie, zunächst zeitlich befristet, auf Aufwendungen für Leistungen der **medizinischen Behandlungspflege**. Diese Ergänzung wurde für alle Formen der stationären Pflege vorgenommen. Die Notwendigkeit, Aufwendungen der sozialen Betreuung bei stationärer Pflege in den Leistungsumfang einzubeziehen, wurde damit begründet (BT-Drs. 13/3696, 14 zu Nr. 18), dass das vollstationäre Pflegeheim dem dort untergebrachten Pflegebedürftigen mehr bieten müsse als lediglich Grundpflege, Unterkunft und Verpflegung. Es sei Wohn- und Lebensraum, in dem Menschen, die nicht oder nicht mehr in ihrer Familie oder in ihrer eigenen Wohnung betreut werden können, einen neuen Mittelpunkt ihres Lebens finden müssten. Dazu gehöre neben der erforderlichen Wohnqualität auch die Vermittlung einer Lebensqualität, die es den Pflegebedürftigen ermögliche, trotz ihres Hilfebedarfs ein selbst bestimmtes Leben im Pflegeheim zu führen. Die Einbeziehung der zusätzlichen Pflegebereiche sollte dabei bewirken, dass die hierdurch auf Seiten der Pflegeheime entstehenden Kosten (vor allem für das erforderliche Personal) im Rahmen des Pflegesatzes Berücksichtigung finden konnten. Eine Erhöhung der für den Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen maßgebenden Höchstgrenzen war hiermit ebenso wenig verbunden wie eine Einbeziehung der entsprechenden Hilfen in die Bemessung des Pflegebedarfs (vgl. aber zu der weiteren Entwicklung auch → Rn. 12).

III. Aufbau der Vorschrift

- 5 § 43 regelt die Voraussetzungen und den Inhalt des Anspruchs auf vollstationäre Pflege. **Abs. 1**, der bis 31.12.2016 den Vorrang der häuslichen Pflege vor der vollstationären Pflege zum Ausdruck brachte (→ Rn. 2) und in Zusammenhang mit § 43 Abs. 4 in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung stand, normiert nun unabhängig davon, ob häusliche oder teilstationäre Pflege möglich ist, für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2–5 einen Anspruch auf vollstationäre Pflege. **Abs. 2** beschreibt in S. 1, welche Leistungen von den pauschalen Leistungsbeträgen nach S. 2 umfasst sind und benennt dabei neben den pflegebedingten Aufwendungen die Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (auch → Rn. 4). S. 2 bestimmt konkret die Höhe der monatlichen pauschalen Leistungsbeträge, die abhängig von dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen sind (hierzu auch → Rn. 3). S. 3 regelt schließlich, unter welchen Voraussetzungen abweichend von S. 1 auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung von den Pflegekassen

übernommen werden. **Abs. 3**, der bis 31.12.2016 eine Härtefallregelung bezüglich der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung enthielt, enthält nunmehr eine Zuschussregelung zu Gunsten von Pflegebedürftigen mit dem Pflegegrad 1, die vollstationäre Pflege wählen. **Abs. 4** sieht für den Fall der vorübergehenden Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim vor, dass die Leistungen weitergewährt werden, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 S. 5, 6 vorliegen.

IV. Voraussetzungen des Anspruchs auf stationäre Pflege (Abs. 1)

Anspruchsberechtigt nach § 43 sind Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2–5**. Wählen Pflegebedürftige nach Pflegegrad 1 vollstationäre Versorgung, haben sie keinen Anspruch auf die Geldleistung nach § 43 Abs. 2, erhalten aber einen Zuschuss in Höhe von 125 EUR nach § 42 Abs. 3 (auch → Rn. 21).

Die Pflege muss in einer **vollstationären Pflegeeinrichtung** iSv § 71 Abs. 2, die nach § 72 zur stationären Pflege **zugelassen** ist, erfolgen. Nicht hierzu gehören die in § 71 Abs. 4 genannten stationären Einrichtungen, etwa Krankenhäuser. Leistungen der stationären Pflege können folglich bei Inanspruchnahme einer nicht zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht gewährt werden (zu Einzelheiten vgl. → § 91 Rn. 3); dies folgt bereits aus § 72 Abs. 1 S. 1. Um eine nicht zugelassene Pflegeeinrichtung handelte es sich etwa in dem der Entscheidung des BSG vom 20.4.2016 zu Grunde liegenden Fall, in dem die Pflege in einer eigens hierzu angemieteten Wohnung erfolgte; das BSG stufte diese Form der Pflege als stationäre Betreuung ein – im konkreten Fall allerdings ohne Berechtigung, stationäre Pflegeleistungen zu erbringen (BSG 20.4.2016 – B 3 KR 17/15 R, BSGE 121, 119 Rn. 20 = SozR 4–2500 § 37 Nr. 14 Rn. 20 = BeckRS 2016, 71298). Denkbar ist, dass in einer stationären Einrichtung Pflegeleistungen durch einen externen ambulanten Pflegedienst erbracht werden oder die Einrichtung selbst über Pflegekräfte verfügt, die entweder durch Einzelvertrag nach § 77 legitimiert oder insgesamt als ambulanter Pflegedienst zugelassen sind. In diesen Fällen können Pflegesachleistungen nach § 36 in Anspruch genommen werden; andernfalls besteht ein Anspruch auf Pflegegeld nach § 37. Erfolgt die stationäre Pflege in einer Einrichtung, mit der keine Vergütungsvereinbarung iSd §§ 85, 86 besteht, so greift der in § 91 geregelte Kostenersatzungsanspruch ein. Zu erstatten sind die pflegebedingten Aufwendungen bis zu der Höchstgrenze von 80 vH des Betrages, der entsprechend des Pflegegrades des Betroffenen als Pflegesachleistung zu gewähren wäre.

Seit dem 1.1.2017 **nicht mehr Tatbestandsvoraussetzung** ist, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Wegen der Annäherung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege hatte die Regelung des § 43 Abs. 4 und damit auch des Zusatzes in Abs. 1 ihren Sinn verloren (BT-Drs. 18/10510, 110). Dementsprechend ist mit dem 1.1.2017 die Prüfung der Erforderlichkeit der vollstationären Pflege entfallen (BT-Drs. 18/10510, 110). Der Gesetzgeber hatte die Befürchtung, dass ohne die Streichung des Zusatzes in § 43 Abs. 1 der Fehlschluss gezogen werden könnte, dass bei nicht notwendiger vollstationärer Pflege überhaupt keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bestehe (BT-Drs. 18/10510, 110).

V. Umfang der Leistung (Abs. 2)

Schon nach der ursprünglichen Konzeption der Vorschrift sollte auch die stationäre Pflege von der Pflegeversicherung als **Sachleistung** zur Verfügung gestellt werden. Es handelte sich von vornherein um eine begrenzte, zumindest nicht in

jedem Fall den gesamten Pflegebedarf umfassende Sachleistung. Insoweit bestehen gegenüber der Pflegesachleistung (nach § 36) keine prinzipiellen Unterschiede. Hieran hat sich durch die Begrenzung auf pauschale Leistungen für die einzelnen Pflegegrade (bis 31.12.2016: Pflegestufen; hierzu auch → Rn. 3) im Grundsatz nichts geändert. Die Pflegekasse verschafft dem Pflegebedürftigen die Sachleistung dadurch, dass sie gegenüber einem aufnahmebereiten Pflegeheim, mit dem sie einen Versorgungsvertrag nach § 72 abgeschlossen hat, eine Erklärung über die Übernahme der anteiligen Finanzierung abgibt. Die Beträge nach Abs. 2 stehen den Versicherten **nicht als Geldleistung der Pflegekasse** zu, wie es bei dem Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (nach § 37) der Fall ist, sondern den Heimträgern als Entgelt der Pflegekassen für erbrachte Sachleistungen (BSG 1.9.2005 – B 3 P 4/04 R, BSGE 95, 102 (107) = SozR 4–3300 § 43 Nr. 1 = BeckRS 2006, 40149). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus § 87a Abs. 3 S. 1, wonach „die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41–43 zustehenden Leistungsbeträge von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen“ sind. Eine Zahlung „mit befreiender Wirkung“ könnte nur insoweit erfolgen, als stationär versorgte Pflegebedürftige aufgrund des mit dem Heimträger abgeschlossenen zivilrechtlichen Heimvertrages auf das gesamte Pflegeentgelt (und nicht nur auf den von der Pflegeversicherung nicht abgedeckten Teil) in Anspruch genommen werden können, was aber grundsätzlich nicht der Fall ist.

- 10 Wählt der Pflegebedürftige ein Pflegeheim, das zwar zugelassen ist, mit dem jedoch keine vertragliche Regelung der Pflegevergütung besteht (§ 85), so wird anstelle der Sachleistung **Kostenerstattung** gewährt, allerdings nur in Höhe von 80 vH des Betrages, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nach den §§ 36–43b aufzubringen hätte (§ 91 Abs. 2 S. 2).

1. Leistungsinhalt (Abs. 2 S. 1)

- 11 Der Pauschalbetrag nach § 43 Abs. 2 S. 2 umfasst die **allgemeinen Pflegeleistungen** iSv § 84 Abs. 4 **einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege**. Der zunächst formulierte Zusatz „Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung“ wurde mit der Änderung des Abs. 2 S. 1 durch das 1. SGB XI-ÄndG in die Regelung aufgenommen und erweiterte die Leistungspflicht der Pflegekasse entsprechend (zu den Hintergründen → Rn. 4). Nach der Systematik des SGB XI handelte es sich hierbei nicht um „pflegebedingte Aufwendungen“ (vgl. BR-Drs. 228/96, 6). Weder die Betreuung wurde bei der Bemessung des Pflegebedarfs in den §§ 14, 15 erwähnt (zu der Vorgeschichte der Änderung des Abs. 2 S. 1 vgl. Udsching VSSR 1996, 271 (282)) noch die Behandlungspflege, die als Pflegebedarf im Bereich der häuslichen Pflege nur dann zu berücksichtigen war, wenn sie Bestandteil einer der maßgebenden Verrichtungen aus dem Katalog des § 14 Abs. 4 aF war oder zwangsläufig im zeitlichen Zusammenhang mit einer solchen Verrichtung durchgeführt werden musste. Die Einbeziehung der Aufwendungen für Behandlungspflege und soziale Betreuung stellte damit eine Legitimation der Träger der Pflegeversicherung dar, die Beitragsmittel der Pflegeversicherung auch für derartige Aufwendungen verwenden und die entsprechenden Kosten in die Pflegesätze einbeziehen zu dürfen; sie hatte dagegen keinen Einfluss auf die Bemessung des Pflegebedarfs und damit auf die Zuordnung eines Pflegebedürftigen zu einer Pflegestufe (vgl. Udsching VSSR 1996, 271 (283)). Wie ua durch die Formulierung „einschließlich“ zum Ausdruck kommt, stellt § 43 Abs. 2 S. 1 in der seit 1.1.2017 geltenden Fassung nunmehr klar, dass nicht mehr zwischen pflegebedingten Aufwendungen, die sich nach dem bis 31.12.2016 geltenden Verständnis auf die sog. Grundpflege bezogen, und den Aufwendungen für soziale Betreuung zu differenzie-

ren ist (BT-Drs. 18/5926, 127). Entsprechend des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Verständnisses von Pflege wird Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen (BT-Drs. 18/5926, 127). Im Übrigen – insbesondere im Hinblick auf die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege – sollte keine Änderung erfolgen (BT-Drs. 18/5926, 127).

Pflegebedingte Aufwendungen sind alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (sog. allgemeine Pflegeleistungen; vgl. auch §§ 4 Abs. 2, 84 Abs. 4; dazu auch → § 84 Rn. 9 ff.). Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen sind damit die im Einzelfall erforderlichen Hilfen in dem anerkannten Pflegegrad, namentlich in den von § 14 Abs. 2 umfassten Bereichen. Der Begriff der **medizinischen Behandlungspflege** ist deckungsgleich mit der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V. Mit dem GKV-WSG ist in § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V auch bei stationärer Pflege ein Anspruch auf **Behandlungspflege zu Lasten der Krankenkasse** eingeführt worden, wenn der Pflegebedürftige einen besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege hat (nach BT-Drs. 16/3100, 105 zB Wachkomapatienten, Dauerbeatmete; vgl. hierzu im Einzelnen: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der Fassung vom 17.9.2009, zuletzt geändert am 19.11.2021 und am 21.7.2022, abrufbar unter www.g-ba.de). Diese Personen sollten durch § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V vor sehr hohen Eigenanteilen bewahrt werden (BT-Drs. 16/3100, 105).

Pflegesätze: Für die allgemeinen Pflegeleistungen werden zwischen dem Träger des Pflegeheims, der Pflegekasse und eventuell dem Sozialhilfeträger im Vorhinein Pflegesätze vereinbart (vgl. hierzu §§ 84 ff.), mit denen alle erforderlichen Pflegeleistungen abgegolten sind (§ 84 Abs. 4 S. 1; → § 84 Rn. 6). Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein und sind entsprechend der fünf **Pflegegrade** einzuteilen (§ 84 Abs. 2 S. 1, 2; dazu → § 84 Rn. 19 ff.). Zur Durchsetzung des **Anspruchs der Einrichtung auf leistungsgerechte Vergütung** wurde durch das PQoG § 87a Abs. 2 eingefügt (BSG 10.2.2000 – B 3 P 12/99 R., BSGE 85, 278 = SozR 3–3300 § 43 Nr. 1 = BeckRS 2000, 40658). Danach kann die Pflegeeinrichtung bei einer Erhöhung des Pflegebedarfs den Pflegebedürftigen auffordern, einen Höherstufungsantrag zu stellen. Dies hatte in der Vergangenheit in aller Regel für den Pflegebedürftigen eine höhere Belastung zur Folge, da die Differenz zu der höheren Leistungspauschale nach Abs. 2 idR geringer ausfiel als die Differenz zu dem mit der höheren Pflegeklasse verbundenen höheren Pflegesatz. Der Pflegebedürftige war daher idR daran interessiert, die niedrigere Pflegestufe beizubehalten. § 84 Abs. 2 S. 3 in der seit 1.1.2017 geltenden Fassung sieht vor, dass für die Pflegesätze im vollstationären Bereich in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung als sog. **einrichtungseinheitlicher Eigenanteil** gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegekasse gedeckten Kosten vorzusehen sind (dazu näher → § 84 Rn. 34 ff.). Hierdurch wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. von dem zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt (BT-Drs. 18/5926, 137). Weigert sich der Pflegebedürftige, bei seiner Pflegekasse einen Antrag auf Höherstufung zu stellen, so kann die Pflegeeinrichtung der Pflegekasse ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach der nächsthöheren Pflegeklasse in Rechnung stellen. Zu der Frage, ob ein Versicherter einen „unter dem Vorbehalt der Rückstufung“ gestellten Antrag auf Heraufsetzung der Pflegestufe nach antragsgemäßer Bescheidung durch die Pflegekasse (hier von Pflegestufe II auf Pflegestufe III) nachträglich wirksam zurücknehmen kann: LSG Hmb 27.4.2016 – L 1 P 5/12, BeckRS 2016, 73412.

2. Pauschalbeträge und Höchstgrenzen (Abs. 2 S. 2)

Im Gegensatz zu der ursprünglichen Konzeption der Leistungen bei stationärer Pflege (→ Rn. 3) sieht Abs. 2 die Übernahme pauschaler Beträge für pflegebedingte

Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege vor. Die **Pauschalbeträge** sind nach Pflegegraden gestaffelt und in ihrer Höhe so gestaltet, dass sie zusammen mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 84 im Durchschnitt den in der von dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragten Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_13.pdf, letzter Abruf im Januar 2024) festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen (BT-Drs. 18/5926, 127).

- 15 Der Maßstab für die Zuordnung zu einem Pflegegrad ergibt sich auch bei stationärer Pflege allein aus den §§ 14, 15 (BSG 10.2.2000 – B 3 P 12/99 R, BSGE 85, 278 = SozR 3–3300 § 43 Nr. 1 = BeckRS 2000, 40658 zu den vormaligen Pflegestufen). Das SGB XI enthält für die Bemessung des Pflegebedarfs, der für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu den Pflegegraden maßgebend ist, nur einen einheitlichen Maßstab, der gleichermaßen für die häusliche wie die stationäre Pflege gilt (vgl. BSG 10.2.2000 – B 3 P 12/99 R, BSGE 85, 278 = SozR 3–3300 § 43 Nr. 1 = BeckRS 2000, 40658).
- 16 **Wechselt** der Pflegebedürftige **zwischen häuslicher und vollstationärer** Pflege innerhalb eines laufenden Monats, besteht für die Zeit der häuslichen Pflege Anspruch auf die volle Sachleistung bis zu den in § 36 Abs. 3 und 4 festgelegten Höchstgrenzen. Gleiches gilt auch für die **teilstationäre Pflege** nach § 41. Bei Zahlung von **Pflegegeld** ist nach § 37 Abs. 2 anteiliges Pflegegeld für die tatsächlichen Tage der häuslichen Pflege (einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag) zu zahlen. Bei einem Wechsel aus der **Kurzzeitpflege** in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig von dem Pflegegrad, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Leistungsanspruch von bis zu 1.774 EUR, soweit dieser Betrag bzw. der in § 42 Abs. 2 genannte Zeitraum im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde. Für die Zeit der vollstationären Pflege besteht auch für den Teilmonat Anspruch auf den vollen Pauschalbetrag (vgl. hierzu Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 14.11.2023, S. 291 – abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2023_11_08_Gemeinsames_Rundschreiben_2024.pdf). **Wechselt** der Pflegebedürftige **innerhalb** eines laufenden Monats **die vollstationäre Pflegeeinrichtung**, wird der – bisherigen – Pflegeeinrichtung der Pauschalbetrag zur Verfügung gestellt. An die neue Pflegeeinrichtung kann ggf. noch der verbleibende Betrag des noch nicht ausgeschöpften Leistungsbetrages nach § 43 gezahlt werden. Den Verlegungstag darf nur die aufnehmende Pflegeeinrichtung berechnen (§ 87a Abs. 1 S. 3; hierzu: Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 14.11.2023, S. 291 – abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2023_11_08_Gemeinsames_Rundschreiben_2024.pdf).
- 17 Die **Zahlungspflicht** der Heimbewohner und ihrer Kostenträger **endet** mit dem Tag, an dem der Pflegebedürftige aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt (§ 87a Abs. 1 S. 2). Zieht der Pflegebedürftige in einem laufenden Monat in das Pflegeheim ein oder aus oder verstirbt er, besteht auch für den Teilmonat ein Anspruch auf den vollen Pauschalbetrag nach § 43 Abs. 2 S. 2 (vgl. auch Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 14.11.2023, S. 292 – abrufbar unter <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/>

richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2023_11_08_Gemeinsames_Rundschreiben_2024.pdf).

3. Unterkunft, Verpflegung (Abs. 2 S. 3) sowie Zusatzleistungen und Investitionskosten

Die Pflegeversicherung übernimmt nicht die gesamten Kosten der Unterbringung in einem Pflegeheim. Nicht zu den pflegebedingten Aufwendungen zählen die **Kosten für Unterbringung und Verpflegung**. Abs. 2 S. 3 der ursprünglichen Fassung des § 43 stellte dies zunächst ausdrücklich klar. Die Regelung wurde aber durch das 1. SGB XI-ÄndG gestrichen und in den § 4 Abs. 2 S. 2 aufgenommen. Damit wurde deutlich gemacht, dass sie nicht nur für die dauerhafte vollstationäre Pflege gilt, sondern für alle Formen stationärer Pflege und damit auch für die teilstationäre Pflege (§ 41) und die Kurzzeitpflege (§ 42). Soweit der Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, diese Kosten aus seinen Einkünften oder seinem Vermögen zu tragen, muss er sie als Hilfe zum Lebensunterhalt bei dem Sozialhilfeträger geltend machen. Eine **Ausnahme** gilt gem. § 43 Abs. 2 S. 3 allerdings dann, wenn der gewährte Leistungsbetrag nach S. 2 die in S. 1 genannten Aufwendungen übersteigt.

Daneben kann das Pflegeheim auch sog. **Zusatzleistungen** iSv § 88 gesondert in Rechnung stellen. Hierzu zählen nur solche Leistungen, die nicht zum pflegebedingten Mindeststandard gehören, wie etwa Mehrkosten für die Unterbringung in einem Einzelzimmer, Beschäftigungstherapie etc (vgl. näher → § 88 Rn. 3 ff.).

Nicht zu dem Leistungsinhalt der Pflegeversicherung zählen auch die Aufwendungen der stationären Einrichtungen für **Investitionen** (vgl. § 82 Abs. 2). Investitionskosten fallen primär in den **Verantwortungsbereich der Länder**, die nach § 9 für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur zu sorgen haben. Soweit die Investitionskosten nicht durch öffentliche Fördermittel gedeckt werden oder eine Einrichtung gar nicht nach Landesrecht gefördert wird, kann das Pflegeheim sie in den Grenzen von § 82 Abs. 3 oder Abs. 4 dem Pflegebedürftigen **gesondert in Rechnung stellen** (näher → § 82 Rn. 14 ff.). Die Bundesregierung kann nach § 83 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 mit Zustimmung des Bundesrates eine VO über die nähere Abgrenzung der Leistungsaufwendungen nach § 83 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 von den Investitionsaufwendungen und sonstigen Aufwendungen nach § 82 Abs. 2 erlassen. Eine solche VO liegt bis dato allerdings nicht vor. Zur Orientierung kann die entsprechende AbgrenzungsVO für das Pflegesatzrecht nach § 16 S. 1 Nr. 5 KHG herangezogen werden. Das SG Berlin geht davon aus, dass Investitionskosten für eine Ausstattung (zB zentrale Sauerstoffversorgung, zentrale Druckluftversorgung zum trachealen Absaugen), die über diejenige eines „normalen Pflegeheims“ hinausgeht, nicht mit den Investitionskosten nach § 82 vergleichbar ist und daher den Kosten der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V zugerechnet werden kann (SG Berlin 9.12.2014 – S 76 KR 1448/10, BeckRS 2015, 67479; zu Recht kritisch hierzu Udsching jurisPR-SozR 11/2015 Anm. 2).

VI. Vollstationäre Pflege bei Pflegegrad 1 (Abs. 3)

Die Regelung wurde zum 1.1.2017 durch das PSG II (→ Rn. 1) eingefügt und entspricht § 28a Abs. 3. Der Zuschuss nach § 43 Abs. 3 wird nicht als Sachleistung, sondern in Form der **Kostenerstattung** gewährt. Durch die Regelung soll sichergestellt werden, dass Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 in vollstationärer Pflege grundsätzlich derselbe Geldbetrag zur Verfügung steht, wie Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 in häuslicher Pflege (BT-Drs. 18/5926, 127). Insoweit entspricht der Zuschuss in Höhe von 125 EUR dem Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 S. 1, auf

den Pflegebedürftige in häuslicher Pflege einen Anspruch haben. Zudem soll der Umstand Berücksichtigung finden, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in Pflegegrad 1 gering sind (BT-Drs. 18/5926, 127).

VII. Vorübergehende Abwesenheit (Abs. 4)

- 22 Die bis 31.12.2016 in Abs. 5 befindliche Regelung des Abs. 4 (→ Rn. 1) sieht vor, dass die Leistungen bei stationärer Pflege in bestimmten Fällen auch dann zu gewähren sind, wenn der Pflegebedürftige sich vorübergehend nicht in dem Pflegeheim aufhält. Abzustellen ist insoweit auf die durch das PflegeWEG eingeführte Verpflichtung der Pflegeheime, den Heimplatz bei Abwesenheiten bis zu 42 Tagen (§ 87a Abs. 1 S. 5) bzw. darüber hinaus bei einem Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 87a Abs. 1 S. 6) für die Dauer dieses Aufenthaltes freizuhalten. Während der ersten drei Tage der Abwesenheit hat das Pflegeheim Anspruch auf die volle Vergütung (vgl. § 87a Abs. 1 S. 7). Für die darüberhinausgehende Zeit sind nach § 87a Abs. 1 S. 7 in den Rahmenverträgen nach § 75 Abschlüsse von mindestens 25 vH der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b (integrierte Versorgung) vorzusehen.

VIII. Übergangsrecht

- 23 Nach der Übergangsregelung in § 141 Abs. 3 S. 1 ist, sofern bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2–5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Abs. 2 S. 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher ist als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, zum Leistungsbetrag nach § 43 von Amts wegen ein monatlicher Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. Entsprechendes gilt nach § 141 Abs. 3 S. 3, wenn der Leistungsbetrag nach § 43 Abs. 2 S. 2 die in § 43 Abs. 2 S. 1 genannten Aufwendungen übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist.
- 24 Wegen der SARS-CoV-2-Pandemie („Corona-Pandemie“) konnte die pflegerische Versorgung gem. § 149 Abs. 3 S. 1 für die Dauer von maximal 14 Kalendertagen – in begründeten Einzelfällen auch länger (§ 149 Abs. 3 S. 2) – in dem Zeitraum vom 23.5.2020 bis einschließlich 30.9.2020 auch in einer Einrichtung erbracht werden, die Leistungen zur medizinischen Versorgung oder Rehabilitation erbringt, wenn die pflegerische Versorgung von bereits vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung quarantänebedingt nicht zu gewährleisten war (anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung).

Fünfter Titel. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

§ 43a Inhalt der Leistung

¹Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der

in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. ²Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. ³Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	5
III. Leistungsvoraussetzungen	8
IV. Höhe und Inhalt der Leistung	10
V. Verhältnis der Leistung nach § 43a zu den Leistungen bei häuslicher Pflege	13
VI. Verfassungsrechtliche Fragen	16

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde im 1. SGB XI-ÄndG eingefügt. Die Aufnahme in das ÄndG 1 erfolgte im Vermittlungsverfahren auf Veranlassung des Bundesrates; zur Begr. vgl. BR-Drs. 228/96; BT-Drs. 13/4521, 2; BT-Drs. 13/4688 – Anlage. Im RegE des 1. SGB XI-ÄndG war die Vorschrift noch nicht vorgesehen, vgl. BT-Drs. 13/3696; zur Beratung im AuS-Ausschuss vgl. BT-Drs. 13/4091, 26. Durch Art. 10 Nr. 17 SGB IX (BGBl. 2001 I 1046) wurde die Formulierung der Vorschrift an die Diktion des SGB IX angepasst. Durch Art. 1 Nr. 4a PflEG wurde S. 3 angefügt. Durch Art. 10 Nr. 6 Gesetz vom 27.12.2003 (BGBl. I 3022) wurde die Bezugnahme auf § 93 Abs. 2 BSHG durch diejenige auf § 75 Abs. 3 SGB XII ersetzt.

Durch das Erste Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Ände- 2 rung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17.12.2014 (BGBl. I 2222) wurde der maximale Abgeltungsbetrag mWv 1.1.2015 erstmalig von 256 EUR auf 266 EUR erhöht. Die Änderung ist idF des Gesetzentwurfs der Bundesregierung beschlossen worden, vgl. BT-Drs. 18/1798.

Mittels des PSG II (BGBl. 2015 I 2424) erfolgte mit Wirkung ab dem 1.1.2017 3 die textliche Anpassung an die neuen Pflegegrade und Konkretisierung auf Pflegebe- dürftige der Pflegegrade 2–5.

Durch das **PSG III** vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) wurde die Norm iVm § 71 4 **Abs. 4 Nr. 3** in Reaktion auf die Änderungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung durch das sog. Bundesteilhabegesetz vom 23.12.2016 (BGBl. I 3234) neu gefasst. Allerdings trat diese Fassung erst am **1.1.2020** in Kraft. Zwar wurde der Anteil in S. 1 der Norm von zehn auf 15 Prozent angehoben. An der Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderung und an deren Begrenzung der Höhe nach gemäß S. 2 hat sich dadurch im Kern jedoch nichts geändert. Da es in der Eingliederungshilfe jedoch seit 2020 formell keine stationären Einrichtungen mehr gibt, bestimmt § 71 Abs. 4 Nr. 3 ab 2020 einen neuen Anknüpfungspunkt. Im Zusammenhang damit ist ein begrenzter Besitzstandsschutz nach § 145 vorgesehen. Zur Kontroverse um diese Änderungen im Gesetzgebungsverfahren vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung, BR-Drs. 410/16, Stellungnahme des Bundesrates vom 23.9.2016; BR-Drs. 410/16 (B), 5, 19, sowie Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit, BT-Drs. 18/10510.

II. Normzweck

- 5 Zur Abgeltung der Aufwendungen für Pflegeleistungen, die in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erbracht werden, übernimmt die Pflegekasse einen Anteil des Heimentgelts. Die Eingliederungshilfe umfasst auch die Pflegeleistungen in der Einrichtung, § 55 SGB XII, § 13 Abs. 3 S. 3 Hs. 2). Die Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der Pflege in diesen Einrichtungen war im Gesetzgebungsverfahren äußerst umstritten (vgl. → Rn. 1). Die Regelung steht im Zusammenhang mit der Ergänzung des § 71 um die Abs. 3 und 4 im 1. SGB XI-ÄndG. Als Kompensation für die Ausgrenzung der stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen aus dem Kreis der zugelassenen Leistungserbringer der Pflegeversicherung übernimmt die Pflegekasse zehn vH des Heimentgelts; im Einzelfall dürfen die Aufwendungen 266 EUR je Monat nicht übersteigen.
- 6 Die Erhöhung des Abgeltungsbetrages um 10 EUR auf 266 EUR mit Wirkung ab dem 1.1.2015 erfolgte im Zuge der Dynamisierung der Leistungen nach § 30 um 4 % durch das PSG I (BT-Drs. 18/1798, 35). Die kompensatorische Funktion des § 43a zur Entlastung der Eingliederungshilfeträger von den Pflegeaufwendungen greift jedoch seit Einführung der Norm angesichts der steigenden pflegerischen Aufwendungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in nur noch begrenztem Maße. Hinter den in den vergangenen Jahren erheblich verbesserten Leistungen der häuslichen Pflege fällt sie immer mehr zurück.
- 7 Die Regelung ist im Zusammenhang zu sehen mit dem Vorrang von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation vor Pflege, vgl. §§ 5 Abs. 4, 31 SGB XI, § 9 Abs. 3 SGB IX.
- 7a Zu beachten ist außerdem der Vorrang der Leistungen der Pflegeversicherung nach § 43a gegenüber Leistungen der Eingliederungshilfe für die Pflege von Menschen mit Behinderungen in einer vollstationären Einrichtung (BSG 11.11.2021 – B 3 P 2/20 R, BSGE 133, 141 = SozR 4–3300 § 43a Nr. 2, SozR 4–3300 § 13 Nr. 1 Rn. 13 = BeckRS 2021, 39886).

III. Leistungsvoraussetzungen

- 8 Der Wortlaut der Vorschrift („für Pflegebedürftige ... übernimmt die Pflegekasse“) lässt nicht erkennen, wer leistungsberechtigt sein soll. In Betracht kommen die Pflegebedürftigen selbst, der Einrichtungsträger oder der die Gesamtkosten des Aufenthalts tragende Sozialhilfeträger, dessen finanzielle Entlastung der wesentliche Grund für die Aufnahme der Vorschrift ist. Aus ihrer Stellung im dritten Abschnitt ergibt sich, dass es sich um einen Anspruch der Pflegebedürftigen handelt (die Regelung des § 43a begründet nach Wortlaut und Regelungssystematik pauschalisierte Individualansprüche der Versicherten auf Beteiligung der Pflegekassen an den Pflegekosten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe so BSG 11.11.2021 – B 3 P 2/20 R, BSGE 133, 141 = SozR 4–3300 § 43a Nr. 2, SozR 4–3300 § 13 Nr. 1 Rn. 19 = BeckRS 2021, 39886; Hauck/Noftz/Reimer Rn. 3; BeckOGK/Leitherer Rn. 4). In deren Person müssen die Leistungsvoraussetzungen, wie Vorversicherungszeit (§ 33 Abs. 2, 3) und Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrade 2 (§ 15) erfüllt sein; sie müssen die Leistung auch beantragen, § 33 Abs. 1 S. 1. Bei der erforderlichen Prüfung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit durch den MD nach § 18 genügt grundsätzlich die Feststellung, dass die Voraussetzungen mindestens des Pflegegrades 2 vorliegen. Eine weitere Differenzierung nach Pflegegraden ist für die pauschale Abgeltung nach § 43a nicht erforderlich, wohl aber für die Bestimmung der Leistungshöhe in der Zeit, in der die Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt und betreut werden, vgl. § 43a S. 3.

Die Leistungspflicht der Pflegekasse nach § 43a besteht ausdrücklich nur bei Pflege in vollstationären Einrichtungen iSv § 71 Abs. 4. Bei teilstationären Einrichtungen (etwa Werkstatt für behinderte Menschen) kommt die Regelung nicht zur Anwendung. Ausnahmsweise ist § 43a bei einer an sich räumlich und organisatorisch selbstständigen Werkstatt jedoch dann anzuwenden, wenn die Werkstatt mit einer Wohnstätte über eine bloße Kooperation hinaus durch ein Gesamtkonzept verbunden ist, aufgrund dessen der Besuch beider Einrichtungen als angemessene vollstationäre Betreuung anzusehen ist (NdsOVG 10.2.2015 – 5 LC 79/14, BeckRS 2015, 41954).

IV. Höhe und Inhalt der Leistung

Die Pflegekasse übernimmt pauschal 15 vH des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Einrichtungsentgelts, höchstens 266 EUR monatlich. Die Höhe des Entgelts ergibt sich aus der Vereinbarung zwischen dem Einrichtungsträger und dem für dessen Bereich zuständigen Sozialhilfeträger. Die Höhe der Leistung hängt nicht vom Pflegeaufwand im konkreten Einzelfall ab.

Der Inhalt der Leistung entspricht der nach § 43 Abs. 2. Er umfasst also die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und generell auch für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Zur umstrittenen Frage eines zusätzlichen Anspruchs auf Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gegenüber der Krankenkasse nach § 37 SGB V hat das BSG entschieden, dass häusliche Krankenpflege unabhängig von bestimmten Voraussetzungen auch in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zu leisten ist. Ein Anspruch besteht nach Auffassung des BSG nur nicht in Bezug auf einfachste behandlungspflegerische Maßnahmen oder soweit die Einrichtung bereits aufgrund ihres Vertrages mit dem Eingliederungshilfeträger mit entsprechenden sachlichen und personellen Mitteln ausgestattet ist, um die Behandlungspflege zu übernehmen (BSG 25.2.2015 – B 3 KR 10/14 R, BeckRS 2015, 68461; 25.2.2015 – B 3 KR 11/14 R, BeckRS 2015, 68970; 22.4.2015 – B 3 KR 16/14 R, BeckRS 2015, 69418).

Durch die Pauschale abgegolten sind ebenfalls Pflegehilfsmittel, die vom Einrichtungsträger vorzuhalten sind. Die Abgrenzung zu individuell angepassten Hilfsmitteln, die nur für den einzelnen Versicherten bestimmt sind oder der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses außerhalb der Einrichtung dienen und damit gesondert nach § 33 SGB V von der Krankenkasse zu tragen sind, ist im Einzelfall immer wieder umstritten (LSG BW 15.8.2014 – L 4 P 4137/13, BeckRS 2014, 124393).

V. Verhältnis der Leistung nach § 43a zu den Leistungen bei häuslicher Pflege

Nach § 34 Abs. 2 S. 1 ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege u.a. „für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4“. Eine Kombination von vollstationärer und häuslicher Pflege war bis zum PNG im SGB XI nicht vorgesehen. Geregelt war allein das Nebeneinander von teilstationärer und häuslicher Pflege in § 41 Abs. 3. Pflegebedürftige können, solange der für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehene Höchstwert der Sachleistung nicht ausgeschöpft ist, wahlweise Pflegesachleistung oder Pflegegeld in Anspruch nehmen. Als teilstationär sieht § 41 Abs. 1 nur die Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege an, nicht dagegen die gerade in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen häufig anzutreffende **Kombination von vollstationärer Unterbringung** während der Woche, etwa zur Ermöglichung einer Erwerbstätigkeit der Eltern

des behinderten Menschen, **und häuslicher Betreuung** am Wochenende, an Feiertagen und eventuell während der Ferienzeit. Der durch das PNG mWv 30.10.2012 eingefügte § 38 S. 5 gewährt nunmehr ausdrücklich einen Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sich die pflegebedürftige Person in häuslicher Pflege befindet. Der Gleichbehandlungsgrundsatz machte jedoch bereits zuvor eine entsprechende Anwendung des § 41 Abs. 3 auf diese Fallgestaltung zwingend erforderlich. Leistungen der häuslichen Pflege kommen allerdings nur anteilig für die Zeiten des Aufenthalts im häuslichen Bereich in Betracht (vgl. BSG 29.4.1999 – B 3 P 11/98 R, FEVS 51, 98 = BeckRS 1999, 30057626). Der Gesetzgeber hatte der Rspr. bereits Rechnung getragen und in dem mWv 1.1.2002 angefügten S. 3 zusätzlich festgelegt, dass die Tage der An- und Abreise der häuslichen Pflege zuzuordnen sind. Anlass der mit dem PNG in § 38 S. 5 eingeführten Neuregelung war die Praxis der Pflegekassen, die für die häusliche Pflege zur Verfügung stehende Geldleistung um den sich aus § 43a ergebenden Leistungsanspruch zu kürzen. Der Ausschuss für Gesundheit hielt diese Praxis für unbillig (BT-Drs. 17/10170, 16).

- 14 Der Abgeltungsbetrag ist bei nur vorübergehender Abwesenheit wegen häuslicher Pflege ungekürzt zu erbringen (BSG 13.3.2001 – B 3 P 17/00 R, BeckRS 2001, 30167235).
- 15 Während der Zeit, in der sich die leistungsberechtigte Person in der Einrichtung der Behindertenhilfe aufhält und Leistungen nach § 43a erhält, besteht kein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b (BSG 20.4.2016 – B 3 P 1/15 R, NZS 2016, 705). Diese können, wie die sonstigen Leistungen der häuslichen Pflege, nur während des (vorübergehenden) Aufenthalts im häuslichen Bereich (anteilig) in Anspruch genommen werden.

VI. Verfassungsrechtliche Fragen

- 16 Die Regelung in § 43a ist eine Folge der Aufteilung der Finanzverantwortung für Sozialleistungen im föderativen System der Bundesrepublik. Im Rahmen der von den Ländern zu tragenden **Eingliederungshilfe** fallen bei der Versorgung von behinderten Menschen oftmals und aufgrund des steigenden Altersdurchschnitts in zunehmendem Maße auch pflegerische Leistungen an, die geeignet sind, Leistungen der Pflegeversicherung zu begründen. Vor diesem Hintergrund dient die Norm dem Zweck, Leistungen umfassend aus einer Hand zu erhalten. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind Teilhabeleistungen iSd SGB IX und als solche vielschichtiger und verfolgen durch ihre Ausrichtung auf Teilhabe wesentlich weiter gehende Ziele als die auf die Selbstständigkeit ausgerichtete pflegerische Versorgung. Behinderte pflegebedürftige Menschen sind andererseits beitragspflichtige Mitglieder der Pflegeversicherung oder zumindest über die Familienversicherung in den Versicherungsschutz einbezogen, woraus ein Anspruch auf Einbeziehung in das Leistungssystem des SGB XI abgeleitet werden kann. Hierdurch würde zugleich eine Entlastung der für die Finanzierung von Sozialhilfeleistungen zuständigen Bundesländer eintreten. Im Übrigen besteht im ambulanten Bereich ein Anspruch auf die Leistungen der Pflegeversicherung neben den Leistungen der Eingliederungshilfe (vgl. § 13 Abs. 3 S. 3). § 43a ist daher politisch seit langem umstritten.
- 17 Allein aus der Tatsache, dass unter diesen Voraussetzungen die Einführung der in § 43a geregelten Leistung Folge eines „politischen“ Kompromisses der Gesetzgebungsorgane Bundestag und Bundesrat war, kann noch nicht die Verfassungswidrigkeit der Regelung abgeleitet werden (BSG 13.3.2001 – B 3 P 17/00 R, SozR 3–3300 § 43a Nr. 3 = BeckRS 2001, 40988). Auch die Tatsache, dass im Gesetzgebungsverfahren die Einbeziehung der Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe in die Leistungspflicht der Pflegeversicherung als nicht finanzierbar angesehen worden ist (vgl. BT-Drs. 13/4091, 36), begründet noch nicht das Verdikt der Verfas-

sungswidrigkeit. Als Prüfungsmaßstab kommt aber neben Art. 3 GG außerdem Art. 11 GG und Art. 2 Abs. 1 GG sowie die UN-BRK unter verschiedenen Gesichtspunkten in Betracht (vgl. Welti, Gutachten für den LWV Hessen, September 2015).

Umstritten ist die Beschränkung auf die Pauschalleistung nach § 43a vor allem bei pflegebedürftigen Menschen, die grundsätzlich zum leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe gehören und in einer entsprechend zugeordneten Einrichtung leben, aber aufgrund vorhandenen Einkommens oder Vermögens die Leistungen der Eingliederungshilfe selbst bezahlen. In einem solchen Fall hat das BayLSG (22.9.2022 – L 4 P 56/21, BeckRS 2022, 36872; dazu Richter NZS 2023, 312), den vom Kläger geltend gemachten Anspruch auf das höhere Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 abgelehnt, mit der Begründung, es komme auf die Art der Finanzierung als Selbstzahler nicht an. Es bestehe kein Wahlrecht zwischen der Geldleistung nach § 37 Abs. 1 und der Pauschalleistung nach § 43a. Dem Pflegegeld stehe die Regelung des § 36 Abs. 4 S. 1 Hs. 2 entgegen. Einen Verstoß gegen verfassungsmäßige Rechte des Klägers sah das Gericht darin nicht, ließ jedoch die Revision zu (BSG – B 3 P 9/22 R).

Sechster Titel. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

§ 43b Inhalt der Leistung

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

Übersicht		Rn.
I. Geltende Fassung		1
II. Normzweck		2
III. Anspruchsinhalt		4

I. Geltende Fassung

Die Norm wurde zusammen mit der neuen Untergliederung (Fünfter Titel: Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen) durch das **PSG II** mit Wirkung ab dem 1.1.2017 eingefügt (BGBl. 2015 I 2424). Sie ist idF des Gesetzentwurfs der Bundesregierung (BR-Drs. 354/15) ohne Änderungen im Gesetzgebungsverfahren in Kraft getreten, vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 18/6688.

II. Normzweck

Nach Wortlaut und Begründung gewährt die Neuregelung pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen einen **individuellen Rechtsanspruch** auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegen die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen. Nach dem durch das PSG II mWv 1.1.2017 aufgehobenen § 87b war die zusätzliche Betreuung und

Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen ausschließlich als vergütungsrechtliche Regelung ausgestaltet. Auf der Basis der alten Rechtslage hatten stationäre Pflegeeinrichtungen Anspruch auf Vereinbarung leistungsrechtlicher Zuschläge zur Pflegevergütung für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in Höhe von idR **einer zusätzlichen Vollzeitkraft für 20 anspruchsberechtigte Personen**. Letztere hatten jedoch erst mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Einrichtung einen Anspruch auf Erbringung der Leistung gegenüber der Pflegeeinrichtung (vgl. § 87b Abs. 2 S. 4 aF). Ein Individualanspruch aus der Pflegeversicherung gegenüber der Pflegekasse bestand nicht.

- 3 Durch den neuen Individualrechtsanspruch soll sichergestellt werden, dass die zusätzliche Betreuung und Aktivierung auch in Zukunft tatsächlich stattfindet (BR-Drs. 354/15, 145 f.). Damit soll ein Anliegen des Expertenbeirats aufgegriffen werden. Nach Ansicht des Gesetzgebers bestünde grundsätzlich mit der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kein Anlass mehr, das Angebot auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 87b aF aufrechtzuerhalten, weil körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige sowohl bei der Einstufung in einen Pflegegrad als auch beim Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung nunmehr gleichbehandelt würden. Die Leistungsvolumina des § 87b aF hätten daher auch in die Leistungsbeträge nach § 43 integriert werden bzw. darin aufgehen können. Hintergrund für die Fortschreibung der Sonderregelung ist daher nicht zuletzt, dass auf deren Basis **rund 28.000 zusätzliche Betreuungskräfte** von den Trägern stationärer Pflegeeinrichtungen eingestellt worden seien. § 43b soll daher auch den Erhalt dieser Struktur absichern.

III. Anspruchsinhalt

- 4 Der Anspruch gilt für **alle stationären Einrichtungen**, neben den vollstationären also auch für die **teilstationären**. Zudem gilt er für alle Pflegebedürftigen in diesen Einrichtungen einschließlich der Personen mit **Pflegegrad 1**, vgl. § 28a Abs. 1 Nr. 6.
- 5 Hinsichtlich des Umfangs der Leistung ist der Anspruch inhaltlich im Verhältnis zu § 87b aF im Wesentlichen unverändert geblieben. Maßgeblich sind die vergütungsrechtlichen Bestimmungen nach **§ 84 Abs. 8** und **§ 85 Abs. 8**, in denen § 87b aF aufgegangen ist (→ § 85 Rn. 13). Wie bisher ist idR eine zusätzliche Vollzeitkraft für 20 anspruchsberechtigte Pflegebedürftige vorgesehen, vgl. § 85 Abs. 8 Nr. 2. Die Finanzierung erfolgt weiterhin ausschließlich durch die Pflegeversicherung. Die Ausgestaltung als Individualrechtsanspruch ändert daran nichts. Die Pflegebedürftigen dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden, vgl. § 84 Abs. 8 S. 4. Das gilt auch für die Sozialhilfeträger. Deren Leistungspflichten ergeben sich nach dem Recht der Hilfe zur Pflege (Siebtes Kapitel des SGB XII) und dem zugehörigen Leistungserbringungsrecht des SGB XII.
- 6 Der Anspruch bezieht sich ausdrücklich auf **zusätzliche** Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht. Dies steht in Beziehung zu **§ 43 Abs. 2** sowie **§ 41 Abs. 2** und **§ 42 Abs. 2 S. 2**, wonach der Inhalt der Leistung bei voll- und teilstationärer Pflege im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge die Aufwendungen für Betreuung einschließt. Die **soziale Betreuung** war bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Bestandteil der stationären Leistung. Sie wurde allerdings im Gesetzestext neben den pflegebedingten Aufwendungen als gesonderter Leistungsbestandteil aufgeführt, obwohl sie in Pflegewissenschaft und Praxis seit langem als integraler Bestandteil der Pflege angesehen wird (→ § 43 Rn. 4, 13). Eine gesetzliche Definition existiert folglich nicht. Zur „konturlosen Weite des Begriffs der Betreuung“ Udsching → 4. Aufl. 2015, § 124 Rn. 4. Mit Einführung des neuen

Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die Aufwendungen für Betreuung nunmehr nach §§ 43 Abs. 2, 42 Abs. 2 S. 2 und 41 Abs. 2 als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen angesehen. Der Gesetzgeber versteht dies als begriffliche Klarstellung (BR-Drs. 354/15, 144). Zum nunmehr in § 36 aufgenommenen Begriff der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im Unterschied zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen → § 36 Rn. 10. Zum Begriff der **Aktivierung** → § 2 Rn. 3. Dahinter steht das generelle Leitbild der aktivierenden Pflege im Sinne eines Vorrangs derjenigen Formen von Unterstützung, die eine eigenständige Vornahme der Tätigkeiten durch die pflegebedürftige Person zum Ziel haben. Die Aktivierung in allen relevanten Bereichen iSv § 14 dient dazu, vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und verlorene Fähigkeiten soweit wie möglich zurückzugewinnen, vgl. § 28 Abs. 4 aF.

Angesichts der Tatsache, dass eine inhaltliche Abgrenzung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nicht möglich ist, da die Elemente der Betreuung und Aktivierung in den stationären pflegerischen Leistungen enthalten sind, bietet die Norm den Leistungsberechtigten insbesondere in **quantitativer Hinsicht** ein Mehr an Leistung. Geht man davon aus, dass die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung nach Einschätzung des Gesetzgebers dem **gesetzlichen Mindestmaß** entspricht, so macht der Gesetzgeber durch die ausdrückliche Normierung zusätzlicher Betreuung und Aktivierung nicht zuletzt deutlich, dass er dies (verfassungs-)rechtlich für nicht zwingend erforderlich hält. Zur durchschnittlichen Versorgungszeit von 162 Minuten täglich einschließlich aller Pflege- und Betreuungsleistungen s. Rothgang/Hasseler/Fünfstück/Neubert/Czwikla, Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen, 2015, S. 80.

Die Unterscheidung der zusätzlichen von den integralen Betreuungsleistungen erfolgt letztlich iVm § 53b und der darauf basierenden **Richtlinien** anhand der spezifischen **Qualifikation** und **Aufgabenbeschreibung** der zusätzlichen Betreuungskräfte, s. dazu die Betreuungskräfte-RL vom 19.8.2008 (zuletzt geändert durch Beschluss vom 21.10.2022). Demnach müssen zusätzliche Betreuungskräfte **keinen therapeutischen oder pflegerischen Berufsabschluss** haben. Ausreichend sind ein 40stündiges Orientierungspraktikum und eine Qualifizierungsmaßnahme (bestehend aus mindestens 160 Unterrichtsstunden sowie einem zweiwöchigen Praktikum). Bei bestehendem Beschäftigungsverhältnis sind außerdem regelmäßige Fortbildungen nachzuweisen von jährlich mindestens insgesamt 16 Unterrichtsstunden. Siehe im Übrigen → § 53b Rn. 1 ff.

Siebenter Titel. Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

§ 43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

¹Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich zwölf Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. ²Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als zwölf Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. ³Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. ⁴Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres

zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.⁵ Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach § 43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, berücksichtigt.⁶ Die Pflegeeinrichtung, die den Pflegebedürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse des Pflegebedürftigen neben dem Leistungsbetrag den Leistungszuschlag in Rechnung und dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil.⁷ Die Pflegekasse übernimmt für jeden Pflegebedürftigen beim Einzug in die Pflegeeinrichtung sowie zum 1. Januar 2022 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Regelungssystematik	2
III. Leistungszuschlag	4

I. Geltende Fassung

- Die Vorschrift ist mWv 1.1.2022 durch das **Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG** – vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) als Teil eines größeren, erst in den Ausschussberatungen eingeführten Pakets von SGB-XI-Änderungen („Kleine Pflegereform“) eingeführt worden (vgl. BT-Drs. 19/30550; zu den Motiven vgl. BT-Drs. 19/30560, 62), um – so die amtliche Überschrift – den bei stationärer Pflege von den Versicherten oder ersatzweise von den Angehörigen oder den zuständigen Sozialhilfeträgern zu tragenden Eigenanteil nach § 84 Abs. 2 S. 3 Hs. 1 (→ § 84 Rn. 2, Rn. 38) zu begrenzen. Die dazu eingeführten prozentualen Zuschläge der Pflegekassen sind durch das **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG** – vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWv 1.1.2024 leicht angehoben worden.

II. Normzweck und Regelungssystematik

- Die Vorschrift reagiert auf die lang anhaltende Diskussion um die zunehmende Belastung durch die Beträge, die die Versicherten – ersatzweise ihre Angehörigen oder die zuständigen Sozialhilfeträger – neben dem gedeckelten Anteil der Pflegeversicherung nach § 43 Abs. 2 S. 2 als Eigenanteil nach § 84 Abs. 2 S. 3 Hs. 1 (→ § 84 Rn. 2, Rn. 38) an den Kosten ihrer vollstationären Pflegeversorgung aufzubringen haben. Nachdem ursprünglich eine Deckelung auf feste Obergrenzen im Gespräch war („Sockel-Spitz-Tausch“, vgl. nur Rothgang unter <https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=179988ff23.pdf&filename=2018-11-12%20Rothgang%20AOK%20Nordost%20Schwerin.pdf>), hat sich im Ergebnis die nach der Dauer der stationären Versorgung gestaffelte prozentuale Beteiligung der Pflegekassen an dem jeweils zu tragenden Eigenanteil durchgesetzt. Ob sie allerdings wie angestrebt dazu beitragen kann, „eine finanzielle Überforderung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zu vermeiden“ (vgl. BT-Drs. 19/30560, 62), also die schon jetzt häufig nicht aus eigenen Mitteln vollständig aufzubringenden Eigenanteile zu senken, scheint angesichts absehbar unausweichlicher weiterer Steigerungen der Kosten der stationären Pflegeversorgung fraglich (vgl. im Einzelnen Rothgang/Müller, in Barmer Pflegereport 2021, S. 34 ff.; skeptisch auch jurisPK-SGB XI/Luik Rn. 16 f.).

Ausgestaltet ist die Regelung als **variable Kostenbeteiligung** („Leistungszuschlag“) zusätzlich zu den pauschalierten Beträgen („pauschale Leistungsbeträge“), die von den Pflegekassen bei der Versorgung Versicherter in vollstationären Einrichtungen iSv § 71 Abs. 2 (→ § 71 Rn. 12 ff.) in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad nach § 43 Abs. 2 S. 2 für „die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“ übernommen werden. Entsprechend bemisst sich der Zuschlag nach § 43c ebenfalls ausschließlich am Eigenanteil der Versicherten „an den pflegebedingten Aufwendungen“ in diesem Sinne. Bezugspunkt der Bemessung der Leistungszuschläge nach § 43c sind deshalb die nach den Grundsätzen des § 84 zu bemessenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteile der Versicherten (→ § 84 Abs. 2 S. 3 Hs. 1) an den in ihrer Einrichtung anfallenden Entgelten nach § 84 Abs. 1. S. 1 für die vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die Betreuung und – soweit kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V besteht – für die medizinische Behandlungspflege; dabei sind die Aufwendungen der Einrichtung für die Ausbildungsvergütung iSv § 82a berücksichtigungsfähig (§ 82a Abs. 2 S. 1). Nicht umfasst hiervon sind dagegen die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 82 Abs. 1 S. 3) sowie die nicht anderweitig gedeckten und deshalb nach § 82 Abs. 3 oder 4 auf die Heimbewohner umlegbaren betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen.

III. Leistungszuschlag

Anspruch auf den Leistungszuschlag haben vollstationär versorgte Versicherte der Pflegegrade 2 bis 5 in diesem Rahmen (→ Rn. 3) jeweils in Abhängigkeit von der **Dauer des Bezugs von Leistungen** nach § 43. Dementsprechend beträgt der Leistungszuschlag für die Zeit der ersten 12 Monate bis zum 31.12.2022 5 Prozent (danach 15 Prozent), bei weiteren 12 Monaten 25 Prozent (30 Prozent), bei mehr als 24 bis zu 36 Monaten 45 Prozent (50 Prozent); diejenigen, die für eine Dauer von mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 70 Prozent (75 Prozent) ihres Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Der **Abwicklung nach** stellt die den Pflegebedürftigen versorgende Pflegeeinrichtung der jeweiligen Pflegekasse neben dem pauschalen Leistungsbetrag den sich nach § 43c ergebenden Leistungszuschlag und dem Pflegebedürftigen (nur) den verbleibenden Eigenanteil in Rechnung (S. 6). Dafür erhält sie von der Pflegekasse die bisherige Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43 (S. 7). Damit ist zugleich dem Antragserfordernis nach § 33 Abs. 1 S. 1 entsprochen (jurisPK-SGB XI/Luik Rn. 19).

Vierter Abschnitt. Leistungen für Pflegepersonen

§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) ¹Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich

erwerbstätig ist. ²Der Medizinische Dienst oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. ³Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflege Tätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflege Tätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. ⁴Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. ⁵Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. ⁶Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle. ⁷Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln.

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

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

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

(3) ¹Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Rentenversicherung zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Rentenversicherungsträgern zu melden. ²Die Meldung für die Pflegeperson enthält:

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

³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. können mit der Deutschen Rentenversicherung Bund Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

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

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

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

ten Buch der Pflegeperson übermitteln und ihnen übermittelte Daten verarbeiten.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	3
III. Allgemeines	9
IV. Leistungen zur rentenrechtlichen Absicherung	16
1. Beitragsentrichtung zur GRV (Abs. 1)	16
2. Verweisung auf Regelungen des SGB VI (Abs. 1 S. 1)	19
a) § 3 SGB VI	19
b) Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Knapp- schaft-Bahn-See	20
c) § 166 SGB VI - beitragspflichtige Einnahmen	21
d) Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen bei mehreren Pflegepersonen	27
e) Beitragstragung bei sonstigen Versicherten	30
3. Versicherungsfreiheit in der GRV	31
4. Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen (Abs. 2) ..	33
V. Feststellung des zeitlichen Mindestaufwands (Abs. 1 S. 2-7)	35
VI. Gesetzliche Unfallversicherung (Abs. 2a)	38
VII. Recht der Arbeitsförderung (Abs. 2b)	43
VIII. Meldepflichten (Abs. 3)	48
IX. Informationspflichten (Abs. 4)	50
X. Zahlung von Beiträgen durch die Beihilfestelle (Abs. 5)	51
XI. Vereinbarungen zur Bestimmung der Mindeststundenzahl und Datenschutz (Abs. 6)	54

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.4.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie beruht nur in Teilbereichen auf der ursprünglichen Fassung des RegE (§ 40 RegE); Begr. des RegE S. 116. Auf Veranlassung des AuS-Ausschusses wurde Abs. 1 neu formuliert. Während die Fassung des RegE die Entrichtung von Beiträgen zur GRV nur dann vorsah, wenn die Pflegeperson keine oder nur eine halbtägige Erwerbstätigkeit ausübt, ließ die Fassung des AuS-Ausschusses eine regelmäßige wöchentliche Erwerbstätigkeit bis zu 30 Stunden zu (BT-Drs. 12/5952, 40). Durch die Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurde außerdem in Abs. 3 Nr. 8 sowie der gesamte Abs. 4 angefügt; Abs. 3 S. 3 wurde redaktionell geändert. Durch das 1. SGB-ÄndG wurden folgende Änderungen vorgenommen: In Abs. 1 wurde S. 1 inhaltlich geändert, S. 2 blieb unverändert, die S. 3-5 wurden neu hinzugefügt, die bisherigen S. 3 und 4 sind jetzt S. 6 und 7. Abs. 2 wurde hinzugefügt; die bisherigen Abs. 2 und 3 sind jetzt Abs. 3 und 4; die Änderungen in Abs. 1 S. 1 sowie die Einfügung von Abs. 2 sind rückwirkend zum 1.4.1995 in Kraft getreten (Art. 8 Abs. 2 des 1. SGB XI-ÄndG); zur Begr. vgl. BT-Drs. 13/3696, 14; BT-Drs. 13/4091, 42. Die Verweisungen in Abs. 1 S. 5 wurden im Zuge der Einführung des SGB VII durch Art. 7 Abs. 1 Nr. 2 UVEG (vom 20.8.1996, BGBl. I 1254) mWv 1.1.1997 geändert. In Abs. 1 S. 7 wurden Wortlaut und Verweisungen im Zuge der Einführung des SGB III (anstelle des AFG) durch Art. 10 Nr. 2 AFRG (vom 24.3.1997, BGBl. I 594) mWv 1.1.1998 geändert; Abs. 1 S. 7 wurde danach durch Gesetz vom 23.12.2003 (BGBl. I 2848) erneut neu gefasst. Abs. 1 S. 2 wurde durch

Gesetz zur Organisationsreform der GRV vom 9.12.2004 (BGBl. I 3242) geändert; zugleich wurde in Abs. 3 S. 3 der für die GRV handelnde Träger geändert (zuvor VDR, jetzt DRV Bund). Durch Art. 9a Nr. 3 Gesetz vom 21.3.2005 (BGBl. I 8181) wurde Abs. 4 geändert und Abs. 5 angefügt. Durch Art. 8 Nr. 15 GKV-WSG wurde Abs. 3 geändert. Durch das PNG wurde Abs. 1 S. 3 ergänzt und Abs. 6 angefügt.

Die Vorschrift wurde durch das **PSG II** mit Wirkung ab dem 1.1.2017 (BGBl. 2015 I 2424) im Hinblick auf die neuen Pflegegrade konkretisiert. Für Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 ist es demnach erforderlich, dass die gepflegte Person **mindestens Pflegegrad 2** hat. Außerdem sind durch das PSG II weitere inhaltliche Änderungen zur besseren Absicherung der Pflegepersonen erfolgt. Für die Zahlung von Beiträgen an die GRV ist der wöchentliche Mindestumfang der Pflege Tätigkeit von 14 auf zehn Stunden wöchentlich abgesenkt worden (Abs. 1 S. 2). Der Unfallversicherungsschutz ist nunmehr in einem eigenen Absatz geregelt (Abs. 2a). Erweitert wurde außerdem der Schutz nach dem SGB III und ebenfalls in einem gesonderten Absatz normiert (Abs. 2b). Zugleich wurde in § 141 Abs. 4–7 der Besitzstandsschutz geregelt. Durch Art. 11 Nr. 8 des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes vom 11.12.2018 (BGBl. I 2394) wurden in Abs. 5 die S. 4–6 mWv 1.1.2019 angefügt. Abs. 2 S. 2 wurde mWv 20.7.2021 durch Art. 2 Nr. 9 des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) angefügt (vgl. BT-Drs. 19/30550, 91). In Abs. 3 der Norm wurde durch Art. 9 Nr. 1 des 8. SGB IV ÄndG vom 20.12.2022 (BGBl. I 2759) aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken die zuvor zusätzlich gegenüber der Bundesagentur für Arbeit und der Unfallversicherung bestehende Meldepflicht mWv 1.1.2023 gestrichen.

II. Normzweck und Überblick

Zum Anliegen des Gesetzgebers, durch die soziale Sicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen die häusliche Pflege zu stärken und zu fördern vgl. → § 19 Rn. 2. § 44 verpflichtet die Pflegekasse, die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung sowie die Festsetzungsstellen der Beihilfe bzw. den Dienstherrn (§ 170 Abs. 1 Nr. 6c SGB VI) für Pflegepersonen iSv § 19 Beiträge zur GRV bzw. an eine berufsständische Versorgungseinrichtung zu entrichten (Abs. 1 und 2) und die Pflegepersonen den zuständigen Trägern zu melden (Abs. 3). Für den relevanten Mindestpflegeaufwand (zehn Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage pro Woche) sind auf der Basis des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen zu berücksichtigen. Voraussetzung ist allerdings, dass die pflegebedürftigen Personen mindestens den Pflegegrad 2 haben. Die Pflege von Personen mit Pflegegrad 1 ist für die Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge sowie die weiteren Leistungen nach § 44 nicht relevant. Der Gesetzgeber hat dies mit dem geringen Umfang des Pflegebedarfs bei Pflegegrad 1 begründet (BT-Drs. 354/15, 147).

Mit dem 1. SGB XI-ÄndG wurden in Abs. 1 die Sätze 3–5 aF eingefügt, durch die der MD verpflichtet wurde, anlässlich der Begutachtung der Pflegebedürftigen (nach § 18) festzustellen, in welchem zeitlichen Umfang die Pflege durch eine Pflegeperson iSv § 19 erforderlich ist. Die Ergänzung diente dem Ziel, die tatsächlichen Grundlagen für die Bemessung der Beiträge zur GRV vor allem auch in den Fällen zu ermitteln, in denen die Pflegebedürftigen die nicht erwerbsmäßig tätige Pflegekraft zusätzlich zur Pflegesachleistung in Anspruch nimmt. Mit der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff durch das PSG II ist für die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit selbst der zeitliche Aufwand nicht mehr von Bedeutung. Allein für die Leistungen nach § 44 bedarf es auch weiterhin der Feststellung des zeitlichen Mindestaufwandes durch den MD. Dies sowie die Bestimmung des Zeit-

aufwandes bei Mehrfachpflege (dh wenn die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht wird) ist in Abs. 1 S. 2–6 geregelt.

- 5 Abs. 2 (eingefügt im 1. SGB XI-ÄndG) stellt sicher, dass die durch die nicht erwerbsmäßige Pflege vermittelte Vorsorge auch in einer **berufsständischen Versorgungseinrichtung** betrieben werden kann. Besteht Streit über die Versicherungspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson in der Rentenversicherung, bedarf es bei einer Versicherung des Pflegebedürftigen in der privaten Pflegeversicherung zunächst einer Entscheidung des Rentenversicherungsträgers über die Rentenversicherungspflicht; eine Klage der Pflegeperson gegen die private Pflegeversicherung auf Beitragszahlung zur GRV ist unzulässig (BSG 23.9.2003 – B 12 P 2/02 R, SozR 4–2600 § 3 Nr. 1 = NZS 2004, 369). Zu Ungereimtheiten bei der sozialen Sicherung von Pflegepersonen vgl. umfassend Winkel SoSi 2012, 165.
- 6 Die Pflegepersonen sind außerdem in die **gesetzliche Unfallversicherung** einbezogen, sofern sie einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen (Abs. 2a). Die Normierung in einem eigenen Absatz soll der besseren Übersichtlichkeit dienen.
- 7 Über den Anspruch auf Leistungen der beruflichen Weiterbildung nach dem SGB III nach Beendigung der Pflege Tätigkeit hinaus sind Pflegepersonen unter den Voraussetzungen des ebenfalls im Zuge des PSG II erweiterten § 26 Abs. 2b SGB III mWv 1.1.2017 umfänglich in das Leistungssystem der **Arbeitsförderung** einbezogen (Abs. 2b).
- 8 Hinsichtlich der Absicherung der Pflegepersonen in der GRV, der gesetzlichen Unfallversicherung und dem SGB III bildet § 44 lediglich eine **Einweisungsvorschrift**, die auf spezielle Regelungen im SGB VI, SGB VII und SGB III hinweist. Abs. 3, 4, 5 und 6 regeln datenschutzrechtliche Fragen im Zusammenhang mit der Meldung der Pflegepersonen bei den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung.

III. Allgemeines

- 9 Pflegepersonen iSd § 19 sind nur **nicht erwerbsmäßig tätige** Personen, die **einen Pflegebedürftigen** in seiner häuslichen Umgebung pflegen, vgl. hierzu → § 19 Rn. 8 ff. Die Pflegeperson muss einen oder mehrere Pflegebedürftigen iSv § 14 insgesamt **wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage der Woche** pflegen (§ 19 S. 2 idF des PSG II). Der Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung hängt dem Grunde nach davon ab, dass die gepflegten Personen mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet sind. Darüber hinaus ist der jeweilige Pflegegrad für die **Höhe der Beiträge** zur GRV maßgebend (vgl. § 166 Abs. 2 SGB VI). Die Staffelung der Beiträge ist durch das PSG II auf der Basis der Pflegegrade neugestaltet worden.
- 10 Der Anspruch der Pflegeperson besteht größtenteils auch dann, wenn der Anspruch des Pflegebedürftigen auf Pflegeleistungen wegen § 34 ruht (vgl. § 34 Abs. 3).
- 11 Zur Überleitung nach dem PSG II von Ansprüchen, die bereits am 31.12.2016 bestanden, ist **§ 141 Abs. 4–7** zu beachten. Durch Abs. 4 wird für Pflegepersonen, die als solche schon unmittelbar vor der Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade rentenversichert waren, eine Weiterzahlung von Rentenversicherungsbeiträgen auf Basis des am 31.12.2016 geltenden Rechts ab 2017 vorgesehen, wenn diese höher sind als nach neuem Recht. Dadurch sollten Neubegutachtungen in großer Anzahl vermieden werden vor allem in den Fällen, in denen mehrere Pflegepersonen den Pflegebedürftigen anteilig pflegen. Die beitragspflichtigen Einnahmen sowohl nach altem Recht als auch nach neuem Recht knüpfen an einen bestimmten Prozentwert der (dynamischen) Bezugsgröße an. Der **Besitzstandsschutz** greift, wenn die aus dem jeweiligen Prozentwert der aktuellen Bezugsgröße resultierenden beitragspflicht-

tigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung (Besitzschutzbetrag) höher sind als die entsprechenden beitragspflichtigen Einnahmen aus § 166 Abs. 2 SGB VI in der ab 1.1.2017 geltenden Fassung.

§ 141 Abs. 5 regelt die Beendigung des Besitzstandsschutzes. Der durch Abs. 4 begründete Besitzstandsschutz für die Pflegepersonen gilt nicht unbegrenzt. Er endet nach S. 1 Nr. 1 und 2, wenn festgestellt wird (insbesondere auf der Grundlage einer Neubegutachtung oder auf andere Art und Weise, wie zB aufgrund einer Änderungsmitteilung durch die Pflegeperson), dass bei der zu pflegenden Person die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach neuem Recht nicht mehr gegeben sind oder bei der Pflegeperson selbst die Voraussetzungen für die Anerkennung als Pflegeperson nach neuem Recht entfallen sind. Wird im Rahmen einer Begutachtung ein niedrigerer Pflegegrad bei der pflegebedürftigen Person ermittelt als der Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgte, bleibt der höhere Pflegegrad nach § 140 Abs. 3 maßgebend; dies gilt auch im Hinblick auf den Besitzstandsschutz nach Abs. 4 und 5. Die Versicherungspflicht und die Beitragsbemessungsgrundlage richten sich also in diesen Fällen nach dem Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgte.

Der Besitzstandsschutz nach § 141 Abs. 4 endet nach Abs. 5 S. 2 auch, wenn sich maßgebende **Änderungen im Pflegeverhältnis** ergeben. Solche Änderungen können sein ein höherer Pflegegrad bei der pflegebedürftigen Person, eine Änderung bei einer pflegebedürftigen Person hinsichtlich des Status bezüglich Geld-, Kombinations- und Sachleistungsempfänger, das Hinzutreten einer Pflegeperson oder eine Änderung der jeweiligen Pflegequoten bei Mehrfachpflege. Durch die Anwendung des neuen Rechts bei einer wesentlichen Änderung in den Pflegeverhältnissen erfolgt dann eine Gleichstellung mit den Personen, die nach neuem Recht pflegen. Die Anwendung des neuen Rechts bei maßgebenden Änderungen im Pflegeverhältnis ist nach der Gesetzesbegründung im Hinblick auf die verwaltungstechnische Praktikabilität erforderlich. Solange sich allerdings keine Änderungen in den Pflegeverhältnissen im Vergleich zum 31.12.2016 ergeben und das alte Recht günstiger ist, profitieren die Bestands-Pflegepersonen gegenüber den Neufällen grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung, längstens bis zum Bezug einer Altersvollrente (BR-Drs. 354/15, 157).

§ 141 Abs. 6 stellt sicher, dass der Besitzstandsschutz auch 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, in gleicher Weise gilt, wie für gesetzlich rentenversicherte Pflegepersonen.

Nach § 141 Abs. 7 soll sichergestellt werden, dass durch die Umstellung auf das neue Recht auch hinsichtlich der sozialen Sicherung der Pflegepersonen in der Unfallversicherung keine Schlechterstellung erfolgt. Daher sieht Abs. 7 vor, dass die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung fortbesteht, sofern sich aus der Anwendung des neuen Rechts hinsichtlich der versicherten Tätigkeit keine günstigeren Ansprüche für die Pflegeperson ergeben. Der Besitzstandsschutz endet nach S. 3, wenn festgestellt wird, dass bei der zu pflegenden Person die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach neuem Recht nicht mehr gegeben sind.

IV. Leistungen zur rentenrechtlichen Absicherung

1. Beitragsentrichtung zur GRV (Abs. 1)

Für Pflegepersonen iSd § 19 sind Beiträge zur GRV zu entrichten, wenn die Pflegeperson – neben der Pflegetätigkeit – regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden

wöchentlich erwerbstätig ist (vgl. Petersen DAngVers 1994, 260; Krauthausen/Schmidt DRV 1994, 386). Die Beitragsentrichtung zur GRV dient in erster Linie dem Ziel, die durch eine Pflege Tätigkeit eintretenden Lücken in der Erwerbsbiographie der Pflegeperson zu schließen. Hierfür besteht keine Notwendigkeit, wenn die Pflegeperson aufgrund einer Vollzeit-Erwerbstätigkeit die Möglichkeit hat, eine Absicherung gegen die von der GRV versicherten Risiken aufzubauen. Aus dieser Voraussetzung wird zugleich deutlich, dass ein Anspruch auf Beitragsentrichtung zur GRV nicht nur für solche Pflegepersonen besteht, die vor oder neben der Pflege Tätigkeit Beiträge zur GRV entrichtet haben. Auch für nichterwerbstätige Personen besteht ein Anspruch auf Beitragsentrichtung; ebenso für Beamte und Selbstständige, soweit sie regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind. Zwar sind Beamte in der GRV grundsätzlich versicherungsfrei (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI), wenn ihnen nach beamtenrechtlichen Vorschriften Versorgungsanwartschaften gewährleistet sind. Die Gewährleistung durch den Versorgungsträger erstreckt sich jedoch nicht auf die Pflege Tätigkeit. Bei Beamten ist zu beachten, dass ein Rentenanspruch, der sich aus der Pflichtversicherung nach § 3 S. 1 Nr. 1a SGB VI ergibt, ggf. zu einer Kürzung der Versorgungsbezüge nach § 55 BeamtVG führen kann (eingehend hierzu LPK-SGB XI/Gallon Rn. 23). Die Pflege durch eine nicht erwerbsmäßige Pflegeperson nach § 19 ist keine Erwerbstätigkeit iSv § 43 SGB VI und führt deshalb nicht zu einem Wegfall von Erwerbsunfähigkeit (BSG 31.1.2002 – B 13 RJ 7/01 R, SozR 3–2600 § 44 Nr. 16 = BeckRS 2003, 2678). Dies folgt auch aus § 96a Abs. 2 Nr. 1 SGB VI wonach Entgelt, das ein Rentenbezieher bis zur Höhe des Pflegegeldes für geleistete Pflege Tätigkeit erhält, bei der Hinzuverdienstgrenze für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nicht berücksichtigt wird.

- 17 Allein die Tatsache, dass Pflegepersonen von den Pflegebedürftigen Zahlungen aus dem Pflegegeld nach § 37 erhalten, begründet nicht die **Erwerbsmäßigkeit** ihrer Tätigkeit, sofern die Zahlung nicht das jeweilige Pflegegeld übersteigt (vgl. § 3 S. 2 SGB VI).
- 18 Die Beitragspflicht zur GRV besteht aufgrund von Gemeinschaftsrecht auch bei grenzüberschreitenden Sachverhalten; etwa wenn nach deutschem Recht pflegeversicherte Personen entweder in Deutschland von einer in einem anderen Mitgliedsstaat der EU wohnenden Person gepflegt werden oder wenn sowohl Pflegebedürftiger als auch Pflegeperson in einem anderen Mitgliedstaat wohnen und die Pflege dort durchgeführt wird (EuGH 8.7.2004 – C-31/02 und C-502/01, NZS 2005, 88).
- 18a Macht ein versicherter Pflegebedürftiger geltend, für seinen pflegenden Angehörigen seien von der Pflegekasse Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen, ist hierüber vor Klageerhebung in einem Verwaltungsverfahren vom Rentenversicherungsträger zu entscheiden (BSG 11.11.2021 – B 3 P 21/20 B, BeckRS 2021, 40747).
- 18b Rentenversicherungsbeiträge, die für eine Pflegeperson zu Unrecht entrichtet worden sind, dürfen vom Rentenversicherungsträger nach Ablauf der Verjährungsfrist für einen Erstattungsanspruch nicht mehr beanstandet werden und sind als zu Recht entrichtete Pflichtbeiträge vorzumerken (§ 26 Abs. 1 SGB IV); der Erstattungsausschluss (§ 26 Abs. 1 SGB IV) gilt nicht nur für Pflichtbeiträge aufgrund einer Beschäftigung, sondern auch für Beitragszeiten nicht erwerbsmäßiger Pflege Tätigkeit (BSG 16.6.2021 – B 5 RE 5/20 R, BeckRS 2021, 31662).
- 18c Die Deutsche Rentenversicherung darf ein Land verpflichten, maschinelle Prüfhilfen für die Prüfung der Beitragszahlung für rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen bereitzustellen und Einsicht in die Beihilfeunterlagen zu gewähren. Dabei ist sie zum Erlass eines Verwaltungsakts befugt. Der Verpflichtung zur Bereitstellung maschineller Prüfhilfen und der Gewährung von Einsicht in die Beihilfeunterlagen

steht Datenschutzrecht nicht entgegen (BSG 27.4.2021 – B 12 R 14/19 R, BeckRS 2021, 28008).

2. Verweisung auf Regelungen des SGB VI (Abs. 1 S. 1)

a) § 3 SGB VI. Nach § 3 S. 1 Nr. 1a SGB VI unterliegen Pflegepersonen iSd § 19 der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegebedürftigen Ansprüche auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung haben. Ein **Ruhen von Leistungen** aus der Pflegeversicherung nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 steht dem nicht entgegen; es reicht aus, dass der Anspruch auf Pflegeleistungen dem Grunde nach besteht. Andernfalls läge eine mit dem Gleichheitssatz nicht zu vereinbarende Benachteiligung solcher Pflegepersonen vor, die Pflegebedürftige pflegen, die vorrangige Leistungen, etwa nach dem BVG oder aus der gesetzlichen Unfallversicherung erhalten. Die Versicherungspflicht endet, wenn eine der in Nr. 1a genannten Voraussetzungen entfällt. § 3 SGB VI enthält keine Regelung zur **Unterbrechung der Pflegetätigkeit** (vgl. BSG 22.3.2001 – B 12 P 3/00 R, SozR 3–2600 § 3 Nr. 5 = BeckRS 2001, 40708). Es gilt § 34 Abs. 3.

b) Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. § 137 SGB VI enthält Besonderheiten für den Fall, dass die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für die Durchführung der RV zuständig ist.

c) § 166 SGB VI – beitragspflichtige Einnahmen. Die Verweisung in Abs. 1 bezieht sich allein auf § 166 Abs. 2 SGB VI. Dort sind die beitragspflichtigen Einnahmen der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen festgelegt, die die Höhe der von der Pflegekasse zu entrichtenden RV-Beiträge bestimmen. Durch das PSG II sind grundlegende Änderungen vorgenommen worden. Die tatsächlichen Einnahmen der Pflegeperson aus der Pflegetätigkeit sind weiterhin für die Beitragsbemessung nicht maßgebend. Es kommt deshalb auch nicht darauf an, ob die Pflegeperson von der pflegebedürftigen Person (etwa aus dem Pflegegeld) ein Entgelt erhält. § 166 Abs. 2 SGB VI setzt fiktiv beitragspflichtige Einnahmen fest, deren Höhe nach dem Pflegegrad und der gewählten Leistung (Pflegegeld oder Pflegesachleistung) gestaffelt ist. Für die einzelnen Pflegegrade sind folgende **beitragspflichtige Einnahmen** festgelegt:

- Pflege einer pflegebedürftigen Person des **Pflegegrades 5:** 22
 - 100 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 bezieht,
 - 85 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 bezieht,
 - 70 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 bezieht.
- Pflege einer pflegebedürftigen Person des **Pflegegrades 4:** 23
 - 70 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 bezieht,
 - 59,5 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 bezieht,
 - 49 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 bezieht.
- Pflege einer pflegebedürftigen Person des **Pflegegrades 3:** 24
 - 43 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 bezieht,
 - 36,55 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 bezieht,

- 30,1 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 bezieht.
- 25 Pflege einer pflegebedürftigen Person des **Pflegegrades 2**:
 - 27 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 bezieht,
 - 22,95 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 bezieht,
 - 18,9 vH der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 bezieht.
- 26 § 166 Abs. 3 SGB VI zur **Additionspflege** ist mit Wirkung zum 1.1.2017 aufgehoben. Hierfür gelten nunmehr § 166 Abs. 2 S. 1 und 2 gleichermaßen. Pflegt also eine Pflegeperson mehrere Pflegebedürftige, wird der Anteil der Bezugsgröße je pflegebedürftiger Person von der jeweiligen Pflegekasse berechnet und entsprechende Beiträge entrichtet. Dies gilt auch, wenn dabei die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht wird (Mehrfachpflege). Pflegt zB eine Pflegeperson einen Pflegebedürftigen A des Pflegegrades 2 zu 10 % und eine Pflegebedürftige B des Pflegegrades 4 allein, wird die Höhe des Rentenversicherungsbeitrages von der Pflegekasse von A auf der Grundlage von 10 % des maßgebenden Bezugsgrößenwertes des Pflegegrades 2 und von der Pflegekasse von B auf der Grundlage von 100 % des maßgebenden Bezugsgrößenwertes des Pflegegrades 4 entrichtet. Die anteilige Pflege des Pflegebedürftigen A wird also auch berücksichtigt, wenn bei einer anderen Pflegebedürftigen bereits der volle Umfang des Pflegebedarfs durch die Pflegeperson abgedeckt wird.
- 27 **d) Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen bei mehreren Pflegepersonen.** Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (**Mehrfachpflege**), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 S. 1 SGB VI entsprechend des nach § 44 Abs. 1 S. 3 festgestellten prozentualen Umfangs der jeweiligen Pfl egetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen (§ 166 Abs. 2 S. 2 SGB VI).
- 28 Im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum PSG II waren Beiträge zur GRV ursprünglich bei Mehrfachpflege nur unter der zusätzlichen Voraussetzung vorgesehen, dass die jeweilige Pfl egetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 % umfasst. Dieser Mindestpflegeaufwand ist jedoch entsprechend der Beschlussfassung des Ausschusses für Gesundheit (BT-Drs. 18/6688, 143) gestrichen worden. Begründet wurde dies damit, dass das Ziel des Ausschlusses von Rentenversicherungsbeiträgen für geringfügige Pflege bereits durch die Voraussetzung der Pflege von wenigstens zehn Stunden wöchentlich weitestgehend sichergestellt sei.
- 29 **Bezugsgröße** ist nach § 18 SGB IV das Durchschnittsentgelt der GRV im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag. Für das Beitragsgebiet wird die Bezugsgröße (Bezugsgröße Ost) gesondert festgelegt (§ 18 Abs. 2 SGB IV). In den alten Bundesländern liegt die Bezugsgröße 2024 monatlich bei 3.535 EUR; in den neuen Bundesländern bei 3.465 EUR (vgl. § 1 Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2024 v. 24.11.2023, BGBl. I Nr. 322).
- 30 **e) Beitragstragung bei sonstigen Versicherten.** § 44 Abs. 1 S. 1 nimmt neben den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen auch die sonstigen in **§ 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI** genannten Stellen in die Pflicht zur Entrichtung der Beiträge, je nachdem wer für die Leistungen an den Pflegebedürftigen zuständig ist. Diese sonstigen Stellen sind nach Nr. 6c) bei Pflegebedürftigen, die Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhalten, die **Festsetzungsstelle für die Beihilfe** oder der **Dienstherr** und die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen anteilig.

3. Versicherungsfreiheit in der GRV

Die vormalige Regelung nach § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VI aF wonach Pflegeper- 31
sonen, die eine **geringfügige** nicht erwerbsmäßige Pflege Tätigkeit ausübten, in der
GRV versicherungsfrei waren, wurde durch das PSG II aufgehoben, weil sie nicht
für erforderlich gehalten wurde. Das Ziel des Ausschlusses von Rentenversicherungs-
beiträgen für geringfügige Pflege sei bereits durch die Voraussetzung der Pflege von
zehn Stunden wöchentlich weitestgehend sichergestellt (BT-Drs. 18/6688, 143).

Versicherungsfrei sind darüber hinaus Personen, die eine Vollrente wegen Alters 32
bzw. eine Versorgung nach Erreichen der Altersgrenze beziehen oder die bis zur
Vollendung des 65. Lebensjahres nicht versichert waren (§ 5 Abs. 4 SGB VI).

4. Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen (Abs. 2)

Die im 1. SGB XI-ÄndG eingefügte Vorschrift soll sicherstellen, dass Personen, 33
die wegen der Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrich-
tung von der Versicherungspflicht in der GRV befreit sind, bei Durchführung nicht
erwerbsmäßiger Pflege ihre berufsständische Altersvorsorge ausbauen können, wenn
sie aufgrund des § 6 Abs. 5 S. 2 SGB VI nicht rentenversicherungspflichtig werden.
§ 6 Abs. 5 S. 2 SGB VI wird auch auf Selbstständige entsprechend angewandt, die
als Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen die Voraussetzungen für
eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der GRV erfüllen würden, wenn sie
nach den Vorschriften der GRV versicherungspflichtig wären. Abs. 2 ist bereits mWv
1.4.1995 in Kraft getreten. Soweit davor Beiträge zur GRV entrichtet worden waren,
mussten sie als zu Unrecht gezahlt grundsätzlich erstattet werden; allerdings nicht
an den Pflegebedürftigen oder die Pflegeperson, sondern gem. § 26 Abs. 3 S. 1
SGB IV an die Stelle, die die Beiträge getragen hat.

Durch das PSG II ist der Absatz nur redaktionell angepasst worden aufgrund der 34
Änderung des Abs. 1. Der Verweis auf die entsprechende Anwendung des § 47a
Abs. 2 SGB V in Abs. 2 S. 2 der Norm wurde mWv 20.7.2021 durch Art. 2 Nr. 9
des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes vom 11.7.2021 (BGBl. I
2754) angefügt (vgl. BT-Drs. 19/30550, 91).

V. Feststellung des zeitlichen Mindestaufwands (Abs. 1 S. 2–7)

Mit der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff durch das PSG II 35
ist für die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit selbst der zeitliche Pflege-
aufwand nicht mehr von Bedeutung. Allein für die Leistungen nach § 44 bedarf es
auch weiterhin der Feststellung des zeitlichen Mindestaufwandes durch den MD
oder von der Pflegekasse beauftragte unabhängige Gutachter (vgl. § 97d). Auf der
Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind dabei auch die **pflegerischen
Betreuungsmaßnahmen** zu berücksichtigen. Umfasst sind alle pflegerischen Maß-
nahmen in den in § 14 Abs. 2 genannten Bereichen sowie Hilfen bei der Haushalts-
führung.

Bei **Mehrfachpflege** wird für jede benannte Pflegeperson eine gutachterliche 36
Aussage dazu getroffen, welchen Anteil der erforderlichen Pflege sie für den Pflege-
bedürftigen erbringt, um den jeweils zustehenden relativen Anteil des Rentenbei-
trags zu bestimmen. Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson
auch bei Mehrfachpflege nur, wenn die pflegebedürftige Person jeweils mindestens
Pflegegrad 2 hat und der anteilige Pflegeaufwand mindestens zehn Stunden
wöchentlich beträgt, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche.
Bei der Ermittlung des **Gesamtpflegeaufwandes** ist zu beachten, dass dieser sich
nur auf die Tätigkeit der Pflegepersonen iSv § 19 bezieht. Die **Anteile gewerbli-**

cher Leistungserbringer an der Pflege bleiben daher unberücksichtigt. Zuständig für die Feststellungen ist die jeweils für die Pflegeleistungen zuständige Stelle. S. 6 enthält insofern nur eine Klarstellung. **Auf Wunsch** werden die Feststellungen der Pflegeperson übermittelt.

- 37 Für das Erreichen des Mindestpflegeaufwands werden bei Pflege mehrerer Pflegebedürftiger mit mindestens Pflegegrad 2 die Zeiten addiert. Gemäß Abs. 6 müssen die beteiligten Leistungsträger das für die **Addition von Pflegezeiten** erforderliche Verfahren und die Mitteilungspflichten durch Vereinbarung regeln.

VI. Gesetzliche Unfallversicherung (Abs. 2a)

- 38 Pflegepersonen iSv § 19 sind wegen der pflegerischen Tätigkeit in den **Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung** einbezogen (vgl. Vollmar SGB 1995). Im Gegensatz zur Versicherungspflicht in der GRV werden in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung auch solche Pflegepersonen einbezogen, die neben der Pflegetätigkeit länger als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind.
- 39 Durch die ausdrückliche Bezugnahme auf beide Sätze des § 19 gilt der Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung nur dann, wenn auch die Voraussetzung des zeitlichen Mindestpflegeaufwands von **zehn Stunden wöchentlich**, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche gegeben ist. Dies ist eine zusätzliche Hürde im Verhältnis zur alten Rechtslage (vgl. BSG 7.9.2004 – B 2 U 46/03 R, SozR 4–2700 § 2 Nr. 3 = NJW 2005, 1148). Für Pflegepersonen, die am 31.12.2016 in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht jedoch für die Dauer der Pflegetätigkeit fort (**Besitzstandsschutz**, vgl. § 141 Abs. 7). Voraussetzung ist seit 1.1.2017 außerdem, dass eine pflegebedürftige Person mit **mindestens Pflegegrad 2** gepflegt wird.
- 40 Nach § 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII sind Pflegepersonen iSd § 19 bei der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 kraft Gesetzes unfallversichert (vgl. zum Unfallversicherungsschutz im Einzelnen Gitter VSSR 1996, 1; Leube NZS 1995, 127; NZS 1995, 343; SGB 1998, 97; LPK-SGB XI/Gallon Rn. 53 ff.). Die Versicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII ist allerdings **subsidiär**; ihr geht vor: der UV-Schutz als Beschäftigter (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 iVm § 135 Abs. 1 Nr. 6 SGB VII) sowie nach § 135 Abs. 3 SGB VII der Unfallversicherungsschutz in landwirtschaftlichen Haushalten, als ehrenamtlicher Mitarbeiter im Gesundheitswesen oder in der Wohlfahrtspflege (§ 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VII) oder im öffentlichen Bereich (§ 2 Abs. 1 Nr. 10 SGB VII, zB Gemeindearbeit öffentlich-rechtlicher Religionsgemeinschaften).
- 41 Der **Unfallversicherungsschutz** ist jedoch nicht umfassend; er gilt nur für „**die versicherte Tätigkeit**“. Dies umfasst gem. § 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII idF des PSG II mit Wirkung ab 1.1.2017 pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Abs. 2 genannten Bereichen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 18 Abs. 5a S. 3 Nr. 2. Damit decken sich die versicherten Tätigkeiten mit der häuslichen Pflegehilfe iSd § 36 Abs. 1. Nicht mehr erforderlich ist, dass die Hilfen, wie nach der alten Rechtslage, überwiegend dem Pflegebedürftigen zugutekommen.
- 42 Pflegetätigkeiten unterfallen auch dann dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn sie nicht täglich vorgenommen werden (Beispiel: Begleitung zum Arztbesuch BSG 9.10.2010 – B 2 U 6/10 R, NZS 2011, 710). Versichert waren bislang auch **Wegeunfälle** der Pflegeperson (§ 8 Abs. 2 Nr. 1–4 SGB VII), wenn diese nicht im selben Gebäude wohnt wie der Pflegebedürftige. Nach der neuen Fassung des § 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII ist zweifelhaft, ob dies weiterhin angenommen werden kann.

VII. Recht der Arbeitsförderung (Abs. 2b)

Die bisher vorgesehene Förderung von Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung sollte die Rückkehr von Pflegepersonen nach Beendigung der Pflege Tätigkeit in das Erwerbsleben erleichtern. Die Pflege Tätigkeit ersetzte nach dem bis Ende 2004 geltenden Rechtszustand die für Antragsteller sonst bestehende Voraussetzung einer Vorbeschäftigungszeit (§ 78 SGB III in der bis 31.12.2004 geltenden Fassung). Seither war eine Vorversicherungszeit als Voraussetzung für die Förderung beruflicher Weiterbildung nicht mehr erforderlich. 43

Durch das PSG II sind Pflegepersonen iSd § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens **Pflegegrad 2** pflegen, seit dem 1.1.2017 nach Maßgabe des § 26 Abs. 2b SGB III insgesamt nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Damit wird die soziale Sicherung von Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung auf eine neue Grundlage gestellt. Die Versicherungspflicht besteht künftig – unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – für die gesamte Dauer der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2. Zusätzlich gilt, wie für den Unfall- und Rentenversicherungsschutz, auch hier die Voraussetzung des wöchentlichen Mindestpflegeaufwandes von **zehn Stunden**. Dies kann ebenso wie bei der RV durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger mit mindestens Pflegegrad 2 erfüllt werden. Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die Absicherung in der Arbeitslosenversicherung wiederum dann nicht eröffnet, soweit nur Personen mit Pflegegrad 1 gepflegt werden. 44

Voraussetzung ist dem Grundgedanken des SGB III entsprechend, dass die Pflegepersonen unmittelbar vor Beginn der Pflege Tätigkeit versicherungspflichtig nach dem SGB III waren oder Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III hatten. Die Verbesserte Absicherung nach dem SGB III dient nicht zuletzt arbeitsmarktpolitischen Interessen. Durch die Stärkung des Versicherungsschutzes bei Arbeitslosigkeit soll ua die Vereinbarkeit von Familie und Beruf besser abgesichert und flexibilisiert werden. Aus Sicht der Pflegepersonen stehen der Anspruch auf Arbeitslosengeld und der Zugang zu allen Leistungen der aktiven Arbeitsförderung im Vordergrund, wenn sie nach einer Pflege Tätigkeit nicht unmittelbar anschließend eine Erwerbstätigkeit finden. Angesichts der Tatsache, dass die Pflege Tätigkeit überwiegend von Frauen geleistet wird, soll dadurch außerdem die Erwerbstätigkeit von Frauen gefördert werden. 45

Der **Beitragssatz** richtet sich nach Abs. 2b S. 3 iVm § 345 Nr. 8 SGB III in der ebenfalls durch das PSG II geänderten und ab 1.1.2017 geltenden Fassung. Zuvor betrug dieser nach § 345 Nr. 8 nur 10 % der Bezugsgröße. Das wurde zum 1.1.2017 auf 50 % hochgesetzt und der Kreis der Begünstigten entsprechend § 44 Abs. 2b erweitert („Pflegepersonen“). 46

Zur Höhe der Bezugsgröße → Rn. 29. 47

VIII. Meldepflichten (Abs. 3)

Die der Pflegekasse und den privaten Versicherungsunternehmen nach Abs. 3 auferlegte Meldepflicht besteht inzwischen nur noch gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung. Es handelt sich um eine Sondervorschrift zu § 28a SGB IV. Die vormals zudem vorgesehene Verpflichtung zur Meldung auch gegenüber der Unfallversicherung und der Bundesagentur für Arbeit wurde durch Art. 9 Nr. 1 des 8. SGB IV ÄndG vom 20.12.2022 (BGBl. I 2759) mWv 1.1.2023 gestrichen. 48

Die Verpflichtung zur Meldung auch gegenüber der Bundesagentur für Arbeit war erst durch das PSG II mWv 1.1.2017 hinzugekommen. Dadurch waren bis Ende 2022 die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet, versicherungspflichtige Pflegepersonen den zuständigen Renten- und Unfallversi- 49

cherungsträgern sowie der Bundesagentur für Arbeit zu melden. Hintergrund der Streichung der Meldepflicht gegenüber der Unfallversicherung und der Bundesagentur für Arbeit seit 1.1.2023 waren datenschutzrechtliche Bedenken sowie die Entbehrlichkeit der Meldepflicht gegenüber der Bundesagentur für Arbeit und gegenüber den Unfallversicherungsträgern. In der gesetzlichen Unfallversicherung habe sich die Meldepflicht wegen der damit verbundenen Datenvorratshaltung als bedenklich erwiesen und sei in der Praxis nicht umgesetzt worden; im Versicherungsfall werde die Eigenschaft als Pflegeperson im Rahmen der Amtsermittlung festgestellt (BT-Drs. 20/4706, 28). Eine Meldepflicht der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen von versicherungspflichtigen Pflegepersonen besteht damit nur noch gegenüber den zuständigen Rentenversicherungsträgern, da die Pflegetätigkeit in der Rentenversicherung ein Pflichtversicherungsverhältnis begründet.

IX. Informationspflichten (Abs. 4)

- 50 Abs. 4 ist auf Betreiben des AuS-Ausschusses (§. 40 zu § 40 Abs. 3 E) aus datenschutzrechtlichen Gründen eingefügt worden. Diejenigen Daten, die die Pflegeperson betreffen, sind dieser mitzuteilen; die Mitteilung über die Meldung des Pflegegrades erfolgt gegenüber dem Pflegebedürftigen.

X. Zahlung von Beiträgen durch die Beihilfestelle (Abs. 5)

- 51 Mit der 2005 (→ Rn. 1) eingeführten Regelung soll eine zeitgerechte Zahlung der RV-Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen erreicht werden, die Pflegebedürftige versorgen, die beihilfeberechtigt sind oder Anspruch auf freie Heilfürsorge haben. Bei der anteiligen Leistungspflicht der Beihilfestellen kam es zuvor zu Zeitverzögerungen bei der Beitragsüberweisung, weil sie von ihrer Zahlungspflicht häufig erst zeitverzögert erfuhr, wenn der Pflegebedürftige nachträglich Erstattung von Pflegekosten geltend machte. Die den anteiligen Versicherungsschutz sicherstellenden privaten Versicherungsunternehmen bzw. Pflegekassen (soweit diese nach § 20 Abs. 3 für die anteilige Pflegeversicherung zuständig sind) müssen im Verwaltungsverfahren, in dem es um den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung geht, vom Pflegebedürftigen die für ihn zuständige Beihilfestelle bzw. den zuständigen Dienstherrn erfragen und diesen die in Abs. 3 S. 2 Nr. 1–5 und 8 aufgeführten Angaben übermitteln sowie den Beginn der Beitragspflicht mitteilen (vgl. BT-Drs. 15/4751, 48).
- 52 Erhält der Pflegebedürftige Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens, sind die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 170 Abs. 1 Nr. 6c SGB VI von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen und den Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder den Dienstherrn anteilig zu tragen und unmittelbar an den Rentenversicherungsträger zu zahlen. Aus diesem Grund erfragt die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen im Antragsverfahren auf Leistungen von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle oder den Dienstherrn und teilt dieser bzw. diesem bei Feststellung der Beitragspflicht nach bisher geltendem Recht nur die in § 44 Abs. 3 S. 2 Nr. 1–5 und 8 genannten Angaben sowie den Beginn der Beitragspflicht mit.
- 53 Bei einer Änderung in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, zB einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflegetätigkeit oder bei einem Wechsel der Pflegeperson, wurden von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen bisher keine Folgemeldungen an die Beihilfe-

stellen oder den Dienstherrn übermittelt. Die Beihilfestellen oder der Dienstherr erfuhren dadurch nicht oder erst verspätet bei Beantragung der Beihilfeleistung von den geänderten Verhältnissen. Dadurch kam es zu fehlerhaften, verspäteten oder unterbliebenen Beitragszahlungen an die Rentenversicherungsträger. Daraus resultierende Einnahme- bzw. Zinsverluste der Rentenversicherungsträger sowie aufwändige und fehlerhafte Prüfverfahren bei den Beihilfestellen wurden auch vom Bundesrechnungshof beanstandet. Mit der Neuregelung werden die Meldetatbestände der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen erweitert. Künftig sind auch Änderungen in den Verhältnissen, die Einfluss auf die Versicherungs- und Beitragspflicht oder die Höhe der Beiträge in der gesetzlichen Rentenversicherung haben, den Beihilfestellen oder dem Dienstherrn mitzuteilen. Aufgrund der künftigen Einbeziehung von Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2b SGB III gelten die Mitteilungspflichten der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen der Meldetatbestände an die Beihilfestellen oder den Dienstherrn entsprechend, soweit diese Einfluss auf die Versicherungs- und Beitragspflicht in der Arbeitsförderung haben.

Durch Art. 11 Nr. 8 des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes v. 11.12.2018 (BGBl. I 2394) wurden in Abs. 5 die S. 4–6 mWv 1.1.2019 angefügt. Demnach werden die Mitteilungen der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen an die Beihilfefeststellungsstellen oder die Dienstherrn technisch automatisiert ausgelöst. Sofern die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Mitteilungspflichten nicht erfüllen, müssen sie für Zahlungsverzögerungen auf Grund ihres Verhaltens (nicht für eventuelle weitere Zahlungsverzögerungen im Verantwortungsbereich der Beihilfestellen) Säumniszuschläge an die Träger der Rentenversicherung entrichten. Die Verpflichtung, Säumniszuschläge zu entrichten, entfällt, wenn im Einzelfall von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen begründet werden kann, dass kein Verschulden vorliegt. Die Regelung bezieht sich nur auf Meldevorgänge im Hinblick auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen, nicht von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung. Grund dieser Ergänzung war, dass die Meldung ua erforderlich ist, um die reibungslose Entrichtung der Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen und dessen Beihilfestelle oder Dienstherrn sicherzustellen. Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes und des Rechnungsprüfungsausschusses des Deutschen Bundestages waren diese Meldungen in der Vergangenheit nicht immer sichergestellt, wodurch Beitragsausfälle, zumindest aber verspätete Beitragsabführungen, zu Lasten der Träger der Rentenversicherung eingetreten sind. Mit Beschluss vom 2.7.2017 hatte der Rechnungsprüfungsausschuss eine gesetzliche Regelung zur Sicherstellung der Verfahrensabläufe bis Ende des Jahres 2018 angemahnt. Dem sollte durch die Ergänzung Rechnung getragen werden (BT-Drs. 19/4453, 101).

XI. Vereinbarungen zur Bestimmung der Mindeststundenzahl und Datenschutz (Abs. 6)

Der durch das PNG eingefügte Abs. 6 enthält eine spezielle Regelung der Meldepflichten in Bezug auf Pflegepersonen, die die für die Rentenversicherungspflicht notwendige Mindeststundenzahl nur erreichen, wenn Pflegeleistungen bei mehreren Pflegebedürftigen zusammengerechnet werden. Für diese Fälle haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Privaten Krankenversicherungen und die DRV Bund das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an der Addition von Pflegezeiten beteiligten Pflegekassen und Versicherungsunternehmen durch Vereinbarung zu regeln.

- 55 Die Regelung ist durch das PSG II redaktionell angepasst und um die Bundesagentur für Arbeit ergänzt worden.
- 56 Abs. 6 S. 2 enthält eine spezielle, korrespondierende Erlaubnis zur Übermittlung, Verarbeitung und Nutzung der genannten Daten unter den beteiligten Pflegekassen und Versicherungsunternehmen.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

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

(2) (aufgehoben)

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

Satz 2 des Pflegezeitgesetzes von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt. ⁴Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches entsprechend.

(4) ¹Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. ²Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. ³Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. ⁴Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. ⁵Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. ⁶Die von den in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die von diesen Stellen ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen wären; die Beiträge dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen. ⁷§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.

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

(6) ¹Landwirtschaftlichen Unternehmern im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen müssen, wird anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe entsprechend § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gewährt. ²Diese Kosten der Leistungen für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflege-

versicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen erstattet; innerhalb der sozialen Pflegeversicherung wird von einer Erstattung abgesehen.³ Privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen, erhalten von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen oder in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes von dem privaten Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen eine Kostenerstattung für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe; dabei werden nicht die tatsächlichen Kosten, sondern ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 Euro je Tag Betriebshilfe zugrunde gelegt.

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	3
III. Allgemeines	6
IV. Pflegezeit nach vorangegangener Pflichtversicherung in der GKV ..	9
V. Pflegezeit nach vorangegangener privater Krankenversicherung	10
VI. Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung	11
VII. Pflegeunterstützungsgeld	12

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.7.2008 durch das PflegeWEG in das SGB XI eingefügt worden. Sie war bereits im RegE enthalten, vgl. BT-Drs. 16/7439 zu Nr. 25, und wurde im weiteren Gesetzgebungsverfahren nicht geändert. Im Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (vom 23.12.2014, BGBl. I 2462) wurden die Abs. 3–7 angefügt.

Durch das PSG II (BGBl. 2015 I 2424) wurde mit Wirkung ab dem 1.1.2016 Abs. 7 Nr. 8 eingefügt und Abs. 2 zum 1.1.2017 aufgehoben. Beide Änderungen waren noch nicht im RegE enthalten, sondern erfolgten erst durch den BT-Ausschuss für Gesundheit (BT-Drs. 18/6688). Zugleich wurde in § 141 Abs. 1 S. 1 ein Besitzstandsschutz vorgesehen.

Abs. 4 S. 6 wurde mWv 29.7.2017 durch Art. 9 Nr. 2 des Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften vom 18.7.2017 (BGBl. I 2757) angefügt (vgl. BT-Drs. 18/11488, 21, 57).

Abs. 4 S. 7 wurde mWv 20.7.2021 durch Art. 2 Nr. 10 des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) angefügt (vgl. BT-Drs. 19/30550, 91).

II. Normzweck

Die Vorschrift dient der zusätzlichen sozialen Absicherung von Pflegepersonen, die wegen der Versorgung von Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege auf der Grundlage des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) von der Arbeitsleistung freigestellt sind oder diese wegen der Pflege erheblich reduziert haben. Abs. 1 regelt Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Darüber hinaus besteht nach Abs. 3 (mWv 1.1.2015) ein Anspruch auf **Pflegeunterstützungsgeld** bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung für bis zu zehn Arbeitstage. Eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung liegt vor, wenn in einer akut aufgetretenen Pflegesituation die Organisation einer bedarfsgerechten Pflege oder die Sicherstellung einer pflegerischen Versorgung auf andere Weise nicht erreicht werden kann, vgl. § 2 Abs. 1 PflegeZG.

Mit dem **Gesetz über die Pflegezeit** (Art. 3 des PflegeWEG) soll Beschäftigten die Möglichkeit eröffnet werden, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen, ohne deswegen den Arbeitsplatz auf Dauer aufgeben zu müssen. Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit); Betriebe mit weniger als 15 Beschäftigten sind von der Freistellungspflicht ausgenommen (§ 3 PflegeZG). Eine Verpflichtung zur Fortzahlung der Vergütung ergibt sich aus dem PflegeZG selbst nicht. Die Höchstdauer der Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen Angehörigen längstens sechs Monate (§ 4 Abs. 1 PflegeZG). Das PflegeZG ist zu unterscheiden vom Gesetz über die Familienpflegezeit (FPfZG vom 6.12.2011, BGBl. I 2564), das Beschäftigten zinslose Darlehen einräumt, wenn sie ihre Arbeitszeit auf der Grundlage einer Vereinbarung mit ihrem Arbeitgeber wegen der Pflege eines Angehörigen reduzieren (vgl. hierzu ErkK/Gallner FPfZG Nr. 300).

III. Allgemeines

Die Vorschrift regelt in **Abs. 1** den Kranken- und Pflegeversicherungsschutz von Pflegepersonen, die als Beschäftigte nach § 3 PflegeZG von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder wegen Reduzierung ihrer Arbeitszeit nur noch eine geringfügige Beschäftigung ausüben und hierdurch ihren Schutz in der Krankenversicherung und Pflegeversicherung verlieren. Die Regelungen ergänzen damit § 44, der die Alters- und Invaliditätsvorsorge sowie den Unfallversicherungsschutz von ehrenamtlich tätigen Pflegepersonen sicherstellen soll. Die Zuschüsse werden nur auf Antrag gewährt. Wer sich unabhängig vom PflegeZG wegen familiärer Pflege von der Arbeitsleistung freistellen lässt, kann auf die in § 44a vorgesehenen Leistun-

gen nicht zugreifen. Das PflegeZG sieht keine (fiktive) Fortsetzung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses vor. Durch die gleichzeitig eingeführte Neuregelung des § 7 Abs. 3 S. 4 SGB IV wird sogar bewirkt, dass selbst für den ersten Monat der Pflegezeit eine für die Versicherungspflicht notwendige Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt nicht angenommen werden kann.

- 6a Bei Kündigung des Beschäftigungsverhältnisses bestehen im Anschluss keine Ansprüche auf Zuschussgewährung nach § 44a. Eine analoge Anwendung wurde in der Rechtsprechung abgelehnt (BayLSG 25.2.2015 – L 2 P 25/13, BeckRS 2015, 68795). Nur diejenigen, die nicht aufgrund eines anderen Tatbestandes versicherungspflichtig sind (zB als Rentner, Bezieher von Grundsicherungsleistungen etc) und zudem keinen Anspruch auf **beitragsfreie Familienversicherung** haben, erhalten Zuschüsse für eine freiwillige Versicherung in der GKV, für eine Pflichtversicherung in der GKV nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 (Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben) bzw. in der Krankenversicherung der Landwirte oder eine private Krankenversicherung sowie zusätzlich für eine Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschussleistungen werden von den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen erbracht; bei beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen sind (anteilig) die Beihilfestellen zuständig. Beschäftigte, die sich nur **teilweise von der Arbeitsleistung befreien** lassen, sind nur dann anspruchsberechtigt, wenn sie aufgrund der Reduzierung der Arbeitszeit nur noch den Status von geringfügig Beschäftigten haben und ihre Sozialversicherungspflicht nicht fortbesteht.
- 7 Abs. 3–7 regeln das zum Jahresbeginn 2015 neu eingeführte **Pflegeunterstützungsgeld**, das bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung wegen der bei einem nahen Angehörigen akut aufgetretenen Pflegesituation von dem für diesen zuständigen Träger der Pflegeversicherung für einen Zeitraum von bis zu zehn Arbeitstagen gewährt wird (→ Rn. 7).
- 8 Der **Besitzstandsschutz** nach § 141 Abs. 1 S. 1 bezieht sich auf die unmittelbar vor dem 1.1.2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 44a. Voraussetzung für die Geltung des Besitzstandsschutzes ist stets, dass die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen, die unabhängig von der Feststellung eines Pflegegrades vorliegen müssen, erfüllt sind. Das bedeutet auch, dass der Besitzstandsschutz endet, wenn kein Pflegebedarf mehr besteht. Allgemeine Leistungsausschlussregelungen, wie das Ruhen von Leistungen nach § 34, finden Anwendung. Der Besitzstand gilt sowohl in der sozialen als auch in der privaten Pflegeversicherung. Er soll auch faktisch bei der Beihilfe nachvollzogen werden, sowie die Beihilfe bisher immer Leistungsverbesserungen des SGB XI nachvollzogen hat. Verbindliche Vorgaben kann der Bundesgesetzgeber dem Landesbeihilferecht allerdings mangels Gesetzgebungszuständigkeit nicht machen. Der Besitzstandsschutz bleibt auch dann erhalten, wenn eine pflegebedürftige Person den Versicherungsträger wechselt. Für alle in Abs. 1 S. 1–3 aufgeführten Fälle des Besitzstandsschutzes gilt: Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug unmittelbar vor Inkrafttreten des neuen Rechts sind für die Gewährung des Besitzstandsschutzes ohne Bedeutung, zB wenn die Leistungen wegen eines Krankenhausaufenthaltes im Monat vor der Rechtsänderung ruhten. Kurzfristige Unterbrechungen nach Inkrafttreten des neuen Rechts lassen den Besitzstandsschutz ebenfalls unberührt (BR-Drs. 354/15, 154).

IV. Pflegezeit nach vorangegangener Pflichtversicherung in der GKV

- 9 In der GKV pflichtversicherte Beschäftigte, die eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten nehmen, scheiden mit Beginn der Pflegezeit aus der Versicherungspflicht

nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V aus, da eine „Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt“ nicht mehr ausgeübt wird. Ist die Pflegeperson während der Pflegezeit in der GKV nach § 10 SGB V (als Ehegatte, Lebenspartner oder Kind) familienversichert, besteht für sie keine Notwendigkeit, einen eigenständigen Versicherungsschutz zu begründen. Die Familienversicherung ist gegenüber der in § 44a neu begründeten Absicherung gegen die Risiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit nicht nachrangig. Pflegepersonen, die in der GKV nicht familienversichert sind, können sich nach den allgemeinen Regelungen in der GKV freiwillig weiter versichern, wenn sie die dafür notwendige Vorversicherungszeit erfüllen (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V); dies begründet zugleich Versicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung. Für sie fallen idR die Mindestbeiträge zur GKV (§ 240 Abs. 4 SGB V) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) an; es sei denn, sie verfügen über beitragspflichtige eigene Einnahmen oberhalb der Mindest-Beitragsbemessungsgrundlage. Ist die für die freiwillige Krankenversicherung erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfüllt, besteht Versicherungspflicht in der GKV nach der subsidiären Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Pflegepersonen, die vor der Freistellung nach § 3 PflegeZG wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze bereits **freiwillig versichert** waren, haben für die Dauer der Pflegezeit, soweit sie nicht familienversichert sind, ebenfalls Anspruch auf Zuschüsse für Beiträge zur GKV und sozialen Pflegeversicherung.

V. Pflegezeit nach vorangegangener privater Krankenversicherung

Pflegepersonen, die vor der Freistellung wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert (und dementsprechend auch privat pflegeversichert) sind, erhalten ebenfalls in Höhe der für Sozialversicherte geltenden Mindestbeiträge Zuschüsse für die Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung. Die Höhe des Zuschusses orientiert sich damit nicht an der Höhe der Beiträge zur privaten Krankenversicherung. Auch für diesen Personenkreis gilt der Vorrang einer beitragsfreien Familienversicherung. Die Kosten einer ggf. erforderlichen Ruhensversicherung zur Aufrechterhaltung des Versicherungsstatus in der privaten Krankenversicherung werden dagegen nicht übernommen. Zuschüsse zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung werden auch gewährt für Pflegepersonen, die vor der Freistellung als Beschäftigte in der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten versichert sind. Als „Beschäftigte“ iSd § 7 Abs. 1 des PflegeZG gelten allerdings Beamte nicht. 10

VI. Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung

Die bisherige Regelung, wonach pflegende Personen während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert sind, wurde zum 1.1.2017 durch das PSG II aufgehoben (BT-Drs. 18/6688). Versicherungsschutz besteht unter den Voraussetzungen des § 44 Abs. 2b. 11

VII. Pflegeunterstützungsgeld

Das in den Abs. 3–7 geregelte **Pflegeunterstützungsgeld** wurde zum 1.1.2015 durch das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (vom 23.12.2014, BGBl. I 2462) eingeführt. Es handelt sich um eine Einkommensersatzleistung bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung, die aus Mitteln der Pflegeversicherung 12

finanziert und auf Antrag von den Trägern der sozialen und privaten Pflegeversicherung gewährt wird. Die Leistung soll die durch § 2 Abs. 1 PflegeZG eröffnete Möglichkeit finanziell absichern, bis zu zehn Arbeitstagen der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen „nahen Angehörigen“ (zu diesem Begriff s. § 7 Abs. 3 PflegeZG) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung sicherzustellen. Die Leistung ist subsidiär gegenüber der Fortzahlung des Arbeitsentgelts durch den Arbeitgeber sowie gegenüber der Gewährung von Kranken- oder Verletzungsgeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V oder nach § 45 Abs. 4 SGB VII. Pflegeunterstützungsgeld wird **nur auf Antrag** gewährt; der Antrag ist bei dem für den pflegebedürftigen nahen Angehörigen zuständigen Träger der Pflegeversicherung unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Abs. 2 S. 2 PflegeZG unverzüglich zu stellen. Die **Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes** berechnet sich nach den für die Berechnung des Kinderkrankengeldes geltenden Vorschriften (§ 45 Abs. 2 S. 3–5 SGB V).

- 13 Selbstständige haben keinen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld gem. Abs. 3 S. 1. Eine analoge Anwendung der Vorschrift auf diesen Personenkreis wurde von der Rechtsprechung mangels planwidriger Regelungslücke abgelehnt und darin zudem kein Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG gesehen (LSG BW 27.3.2020 – L 4 P 2797/19, BeckRS 2020, 5173; BSG 16.11.2020 – B 3 P 5/20 B, BeckRS 2020, 41348 – Unzulässigkeit der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision).
- 14 Wie beim Kinderkrankengeld sind aus dem Pflegeunterstützungsgeld (nach **Abs. 4) Beiträge zur Arbeitslosen-, Renten- und Krankenversicherung** zu entrichten. Dies ergibt sich aus dem jeweiligen Leistungsrecht, ohne dass es einer zusätzlichen Regelung im SGB XI bedurfte; s. § 349 Abs. 4a SGB III iVm Abs. 5 SGB III bzw. § 252 Abs. 2a SGB V bzw. § 176 Abs. 1 S. 3 SGB VI. Die Beiträge sind bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung je zur Hälfte von der Pflegekasse und dem Versicherten zu tragen; privat krankenversicherte Beschäftigte erhalten (gem. § 249c SGB V) von ihrem Versicherungsunternehmen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung in vergleichbarer Höhe. Durch S. 6 soll gesetzlich klargestellt werden, dass die genannten Stellen, dh die Pflegekassen, die privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung oder eines Anspruchs auf Heilfürsorge des Pflegebedürftigen anteilig die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherrn nur den Leistungsträgeranteil an die berufsständischen Versorgungseinrichtungen abzuführen haben. Um eine Überkompensation zu verhindern, wird der zu zahlende Beitrag auf die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge begrenzt (BT-Drs. 18/11488, 57).
- 15 Die Dauer des Bezugs und die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes muss der Leistungsbezieher seinem Arbeitgeber nachweisen (**Abs. 5**). Landwirtschaftliche Unternehmer können in einer § 2 PflegeZG entsprechenden Situation anstelle des Pflege-Unterstützungsgeldes die Gewährung von Betriebshilfe beanspruchen (**Abs. 6**). Für Beschäftigte, die pflegebedürftige Personen versorgen, die beihilfeberechtigt sind oder Anspruch auf Leistungen der Heilfürsorge haben und bei einer Pflegekasse oder einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, sind die Rentenversicherungsbeiträge aufgrund des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld – wie das Pflegeunterstützungsgeld selbst – anteilig von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen und dem Träger der Beihilfe- bzw. Heilfürsorge zu tragen (**Abs. 7**).
- 16 Da das Pflegeunterstützungsgeld nicht aus der Versicherung der nahen Angehörigen (als Beschäftigte), sondern aus der Pflegeversicherung der Pflegebedürftigen gezahlt wird, besteht der sonst übliche elektronische Datenaustausch zwischen dem Arbeitgeber und der zuständigen Pflegekasse nicht. Die Beschäftigten müssen daher die Informationen an die Pflegekassen der pflegebedürftigen Angehörigen und deren

Daten an ihre Arbeitgeber weitergeben. Bei beihilfeberechtigten pflegebedürftigen Angehörigen müssen der Festsetzungsstelle für die Beihilfe bzw. bei Heilfürsorge dem Dienstherrn Angaben zur Pflegeunterstützungsgeld beziehenden Person mitgeteilt werden, die im Einzelnen in Abs. 7 S. 2 aufgeführt sind.

§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) ¹Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. ²Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. ³Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. ⁴§ 114a Absatz 3a gilt entsprechend. ⁵Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

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

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Allgemeines	3
IV. Ziel der Pflegekurse (Abs. 1)	4
V. Durchführung der Pflegekurse (Abs. 2 und 3)	5

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.4.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 41 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 116. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurde in Abs. 1 S. 1 hinter „Schulungskurse“ lediglich der Begriff „unentgeltlich“ eingefügt (BT-Drs. 12/5920, 44); zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 40. Durch Art. 1 Nr. 3 PQsG wurde in Abs. 1 S. 3 das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt. Durch Art. 8 Nr. 16 GKV-WSG wurde Abs. 3 neu gefasst; es handelt sich um eine Folgeänderung der neu geschaffenen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen und Pflegekassen.

Durch das PSG II mit Wirkung ab dem 1.1.2016 (BGBl. 2015 I 2424) ist die Verpflichtung der Pflegekassen zum Angebot von Schulungskursen nach Abs. 1 S. 1 verstärkt worden, indem die bisherige Sollvorschrift zu einer Verpflichtung zur Durchführung der Kurse weiterentwickelt wurde. In Abs. 1 S. 3 ist ebenfalls die bisherige Einschränkung durch die Sollregelung entfallen und muss die Schulung seitdem auf Wunsch der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen in der häuslichen Umgebung stattfinden. Diese Änderungen sind idF des Gesetzentwurfs der Bundes-

regierung (BR-Drs. 354/15) ohne Änderungen im Gesetzgebungsverfahren in Kraft getreten, vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 18/6688.

- 1b Abs. 1 S. 5 wurde mWv 9.6.2021 durch Art. 5 Nr. 11a des Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) angehängt. Im ursprünglichen Regierungsentwurf war die Änderung noch nicht enthalten, sondern wurde erst aufgrund der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit aufgenommen (BT-Drs. 19/29384, 107, 192).

II. Normzweck

- 2 Ziel der Vorschrift ist es, den Pflegekassen als zusätzliche Aufgabe die Durchführung von Pflegekursen aufzuerlegen, um praktizierende und potenzielle ehrenamtliche Pflegekräfte mit Pflege Tätigkeiten vertraut zu machen. Dabei handelt es sich um eine weitere Maßnahme zur Stärkung der häuslichen Pflege. Zugleich sollen die personellen Ressourcen für Pflegemaßnahmen verbessert werden. Die Anwerbung neuer ehrenamtlicher Pflegepersonen kann auch alleiniger Gegenstand eines Schulungskurses sein (BT-Drs. 12/5262, 116 zu § 41 E). Mit der Stärkung der Verpflichtung durch das PSG II bringt der Gesetzgeber die vielfältige Bedeutung der Pflegekurse sowohl für die Pflege und die Pflegebedürftigen als auch für die Gesundheit der Pflegepersonen zum Ausdruck. Dies entspricht zudem einer Empfehlung des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der sich in seinem Abschlussbericht vom 27.6.2013 dafür ausgesprochen hatte, die edukativen Leistungen weiter zu stärken. Indem die Schulung auf Wunsch im häuslichen Umfeld stattfindet, kann auf die individuelle Pflegesituation im alltäglichen Wohnumfeld eingegangen werden.

III. Allgemeines

- 3 Die Vorschrift verpflichtet die Pflegekasse allgemein zur Unterweisung der ehrenamtlichen Pflegekräfte. Die Schulung ist nicht auf Gruppenkurse beschränkt; ggf. findet sie in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt (Abs. 1 S. 3). Die Vorschrift enthält in erster Linie eine **Verpflichtung der Pflegekassen**; Ansprüche von Pflegepersonen begründet sie nur im Rahmen vorhandener Kapazitäten; für einen Rechtsanspruch der Pflegepersonen: LPK-SGB XI/Krahmer Rn. 5; Maschmann NZS 1995, 109 (122); Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann/Philipp, 7. Aufl. 2021, SGB XI § 45 Rn. 2; dagegen Schulin PV-HdB/Leitherer § 19 Rn. 108 ff.; BeckOGK/Gürtner Rn. 3; BeckOK SozR/Molitor SGB XI § 45 Rn. 7 ff. – § 45 enthalte nur eine Aufgabenzuweisung an die Pflegekasse, aber keinen Anspruch auf Einrichtung und Teilnahme an Pflegekursen. **Teilnahmeberechtigt** sind nicht nur Pflegepersonen iSv § 19, sondern alle an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte. Eine konkrete Pflegebeziehung zu Pflegebedürftigen iSv § 14 ist nicht erforderlich. Die Teilnahmeberechtigung kann auch nicht von einer Mitgliedschaft der Pflegeperson oder der Pflegebedürftigen in der Pflegekasse abhängig gemacht werden. Zwar besteht nach allgemeinen Grundsätzen eine Leistungspflicht der Pflegekasse nur gegenüber ihren Mitgliedern; in Bezug auf Pflegekurse geht der an die Pflegekasse gerichtete Auftrag jedoch weiter. Die Kosten der Pflegekurse müssen von der Pflegekasse getragen werden. Eine Rechtsgrundlage für die Erhebung von Teilnahmegebühren besteht nicht. Der AuS-Ausschuss wollte durch Einfügung des Begriffs unentgeltlich ausdrücklich klarstellen, dass die Teilnahme an Pflegekursen kostenfrei ist. Die Pflegekasse kann die ihr entstehenden Aufwendungen auch nicht auf Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen nach den §§ 36 ff. anrechnen.

IV. Ziel der Pflegekurse (Abs. 1)

Ziel der Pflegekurse soll es sein, Kenntnisse zu vermitteln oder zu vertiefen, die zur Ausübung der Pflegetätigkeit in häuslicher Umgebung notwendig oder hilfreich sind (Abs. 1 S. 2). Mithilfe der Schulung soll nicht nur die physische, sondern auch die psychische Belastung durch Pflegetätigkeiten gemindert werden. Durch das PSG II ist der Präventionsaspekt betont worden, indem in S. 1 ergänzt wurde, dass die Kurse zudem der Entstehung von Belastungen vorbeugen sollen. Dies kann auch durch einen Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander und durch Beratung der Pflegepersonen im richtigen Gebrauch von Hilfsmitteln erreicht werden. Unter ehrenamtlicher Tätigkeit ist nur die nicht erwerbsmäßige Pflege iSd § 19 zu verstehen; dh jede auch nur geringfügige Pflegetätigkeit bis hin zur Grenze der Erwerbsmäßigkeit.

Durch Abs. 1 S. 5 wird geregelt, dass die Pflegekassen auch digitale Pflegekurse anbieten sollen. Dabei dürfen die Pflegekassen Präsenzkurse nicht durch digitale Angebote ersetzen. Die Pflicht der Pflegekassen zur Gewährleistung eines flächendeckenden Pflegekursangebotes vor Ort bleibt unberührt. Soweit ein solch flächendeckendes Angebot derzeit nicht bestehen sollte, sind bestehende Lücken in dem Pflegekursangebot vor Ort, das heißt in zumutbarer, erreichbarer Nähe, umgehend zu schließen. Die Pflegekassen können dabei auch miteinander kooperieren. Die Anspruchsberechtigten erhalten somit die Möglichkeit, aus verschiedenen Schulungsoptionen das für sie passende Angebot zu wählen (BT-Drs. 19/29384, 192).

V. Durchführung der Pflegekurse (Abs. 2 und 3)

Es steht im Ermessen der Pflegekasse, ob sie die Kurse selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführt oder ob sie geeignete Einrichtungen mit der Durchführung beauftragt. Sie hat jedoch dafür Sorge zu tragen, dass für die Schulung geeignete Fachkräfte zur Verfügung stehen. Diese Voraussetzung kann von den Pflegekassen im Rahmen der nach **Abs. 3** zu schließenden Rahmenverträge zur Bedingung für die Durchführung von Pflegekursen durch externe Träger gemacht werden. Hinsichtlich der Qualifikation sind an die Durchführung von Beratungsgesprächen in der häuslichen Umgebung und an Schulungskurse unterschiedliche Anforderungen zu stellen. Während ein Beratungsgespräch von examinierten Pflegefachkräften durchgeführt werden kann, ist die Abhaltung von Pflegekursen zusätzlich von einer pädagogischen Qualifikation abhängig.

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

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

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

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegendе dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

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

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

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

Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) ¹Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. ²Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. ³Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. ⁴Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilferechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. ⁵Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. ⁶Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. ⁷Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. ⁸Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. ⁹Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	3
III. Allgemeines	7
IV. Angebote zur Unterstützung im Alltag	9
V. Verordnungsermächtigung (Abs. 3)	12
VI. Umwandlungsanspruch (Abs. 4)	17

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 6 PfEG mWv 1.1.2002 eingefügt. Durch Art. 8 Nr. 18 GKV-WSG wurde der damalige Abs. 2 S. 3 neu gefasst; es handelte sich um eine Folgeänderung der neu geschaffenen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen und Pflegekassen. Durch Art. 1 Nr. 27 PflegeWEG wurde der damalige Abs. 1 S. 2 um eine Nr. 2 ergänzt und damit erweitert auf Personen, die

einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung unterhalb der damaligen Pflegestufe I hatten; zugleich wurde der damalige Abs. 2 S. 3 neu gefasst. Im PNG wurden im alten Abs. 1 S. 2 und Abs. 2 S. 2 lediglich die Änderungen aus § 18 (andere Gutachter als MD) eingefügt. Im PSG I wurde die Formulierung von Abs. 1 S. 1 geändert.

- 2 Durch das PSG II wurde der nahezu gesamte fünfte Abschnitt mit Wirkung ab dem 1.1.2017 vollständig überarbeitet (BGBl. 2015 I 2424). Die Vorschriften sind idF des Gesetzentwurfs der Bundesregierung (BR-Drs. 354/15) mit nur geringen Änderungen im Gesetzgebungsverfahren in Kraft getreten, vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 18/6688.
- 2a Durch Art. 11 Nr. 9 des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes – PpSG vom 11.12.2018 (BGBl. I 2394) wurden in Abs. 1 S. 5 mWv 1.1.2019 die Wörter „oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen“ im Wege der redaktionellen Anpassung eingefügt, um den Sprachgebrauch innerhalb der Norm zu vereinheitlichen (BT-Drs. 19/4453, 101).
- 2b Durch Art. 2 Nr. 11 des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) wurde mWv 1.7.2021 insbesondere Abs. 4 S. 3 neu gefasst, so dass es für die Umwandlung keiner vorherigen Antragstellung bedarf. Außerdem wurde die daran anschließende Verrechnung in Abs. 4 S. 7 eingefügt. Die Änderungen an der Norm erfolgten erst aufgrund der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (BT-Drs. 19/30550, 91 f.; BT-Drs. 19/30560, 63).

II. Normzweck

- 3 Die ursprünglich sog. zusätzlichen Betreuungsleistungen sollten bei ihrer Einführung eine Gerechtigkeitslücke der Pflegeversicherung schließen, die ihren Grund darin hatte, dass der alte Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI einseitig auf die Bedürfnisse körperlich beeinträchtigter Menschen ausgerichtet war. Der für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach altem Recht maßgebende Katalog von Verrichtungen (§ 14 Abs. 4 aF bis 2017) erfasste vor allem den Bedarf von **Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen** an Betreuung und Anleitung ohne Bezug zu einzelnen Verrichtungen nicht. Ohne Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit hat der Gesetzgeber mit dem PflegeWEG zum 1.7.2008 im Leistungsrecht eine Kompensation zugunsten dieser Personengruppe eingeführt, die auf ersten Ansätzen aufbaut, die bereits im PflEG enthalten, allerdings nur sehr bescheiden ausgestattet waren; zur Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit vgl. → Einl. Rn. 24 ff. Nach der Fassung des PflEG erhielten Pflegebedürftige, die neben einem zumindest erheblichen verrichtungsbezogenen Hilfebedarf einen erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung aufwiesen, einen Betrag von 460 EUR pro Jahr für zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b aF). Im PflegeWEG wurde hieraus ein eigenständiger Anspruch, der auch solchen Hilfebedürftigen zustand, die die Grenzwerte der Pflegestufe I nach § 15 nicht erreichten. Für die Zugehörigkeit zu dem dadurch geschaffenen leistungsberechtigten Personenkreis (Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, PEA) wurden mit dem Katalog in § 45a Abs. 2 aF neuartige Kriterien maßgebend, die keinen Verrichtungsbezug mehr hatten und durch eine Richtlinie zur Feststellung von PEA konkretisiert wurden. Neben dem in § 45b aF geregelten Kostenersatz für zusätzliche Betreuungsleistungen, hatte der Gesetzgeber für den von § 45a aF erfassten Kreis von Hilfebedürftigen eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§ 45c aF) und eine Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe (§ 45d aF) mit Mitteln der Pflegeversicherung vorgesehen. Das PNG führte für PEA in den als Übergangsregelungen ausgestalteten §§ 123, 124 aF zudem Ansprüche

auf Pflegesachleistungen und Pflegegeld ein; die Pflegesachleistung konnte auch für Leistungen der häuslichen Betreuung (§ 124 aF) in Anspruch genommen werden. Bis Ende 2014 standen die Leistungen ausschließlich Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zur Verfügung. Im PSG I wurden sie auch für Pflegebedürftige geöffnet, die die Voraussetzungen des § 45a aF nicht erfüllten, aber wenigstens der Pflegestufe I zugeordnet waren (§ 45b Abs. 1a aF). Durch das PSG I wurde zudem der bis dahin auf zusätzliche Betreuungsleistungen beschränkte Anspruch um den Begriff der **Entlastungsleistungen** erweitert und zugleich der Grundbetrag von 100 EUR auf 104 EUR monatlich und der erhöhte Betrag von 200 EUR auf 208 EUR monatlich angehoben. Seitdem dürfen außerdem von zugelassenen Pflegediensten erbrachte **hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen** erstattet werden (§ 45b Abs. 1 Nr. 3 aF).

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II zum 1.1.2017 wurden die bisherigen Sonderregelungen für PEA an sich entbehrlich. Durch das PSG I waren die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen jedoch seit 1.1.2015 für alle Pflegebedürftigen auch ohne eingeschränkte Alltagskompetenz geöffnet und um Entlastungsleistungen ergänzt worden (§ 45b Abs. 1a aF). Der Bereich der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote hatte sich als Ergänzung zu den herkömmlichen Sach- und Geldleistungen etabliert. Durch die Beibehaltung der §§ 45a ff. und ihrer wesentlichen Inhalte über den 1.1.2017 hinaus sollen insbesondere die niedrigschwelligen Angebote erhalten bleiben und weiterhin besonders gefördert werden.

Wie die vormalig sog. zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsangebote dienen die Angebote zur Unterstützung im Alltag der größeren Flexibilität bei der Inanspruchnahme häuslicher Pflege- und Betreuungsleistungen; in besonderem Maße gilt dies für den Umwandlungsanspruch nach Abs. 4 (zuvor § 45b Abs. 3), wodurch bis zu 40 % der Leistungsbeträge der Pflegesachleistung nach § 36 im Wege der Kostenerstattung für Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden können.

Mit der Neuformulierung des fünften Abschnitts durch das PSG II wollte der Gesetzgeber diesen weiterentwickeln, die Vorschriften übersichtlicher gliedern und den Sprachgebrauch insgesamt vereinheitlichen.

III. Allgemeines

Die ehemals sog. niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote werden seit 1.1.2017 unter dem Begriff der Angebote zur Unterstützung im Alltag zusammengefasst. Die Vorschrift enthält eine Definition der Angebote zur Unterstützung im Alltag und untergliedert sie in drei Fallgruppen. Nach alter Rechtslage fand sich die Definition der vormaligen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote erst im § 45b aF. Mit der jetzigen Regelung soll dies gleich zu Beginn des Abschnitts zusammengefasst und übersichtlicher gegliedert werden. Zugleich sollen die neuen Begriffe der besseren Verständlichkeit dienen. Je nach der Ausrichtung der Angebote kann es sich um **Betreuungsangebote** (zB Tages- oder Einzelbetreuung), **Angebote zur Entlastung von Pflegenden** (zB durch Pflegebegleiter) oder **Angebote zur Entlastung im Alltag** (zB in Form von praktischen Hilfen) handeln. Ob diese neu eingeführten Begrifflichkeiten tatsächlich besser verständlich insbesondere für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind, ist zweifelhaft. Die **Kategorien Betreuung und Entlastung** überschneiden sich; eine Trennlinie wurde insoweit auch im vormaligen Gesetzgebungsverfahren zum PSG I schon nicht gesehen (BT-Drs. 18/1798, 35 zu § 45c Buchst. e).

Die **Ausgaben** für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote sind kontinuierlich gestiegen von 332,82 Mio. EUR im Jahr 2011 auf 478,10 Mio. EUR

im Jahr 2014. Der stärkste Anstieg erfolgte 2015 auf insgesamt 684,96 Mio. EUR, was sich nicht zuletzt aus der Öffnung der Angebote für alle Pflegebedürftigen erklärt. Aufgrund des Umwandlungsanspruchs nach Abs. 4 wurden 0,78 Mio. EUR von den Gesamtausgaben 2015 für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote auf den Sachleistungsbetrag angerechnet (Sechster Pflegebericht der Bundesregierung, 2016, S. 40). Der Trend setzte sich in den folgenden Jahren fort. 2021 entfielen 2,39 Mrd. EUR auf ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen (Barmer Pflegereport 2022, S. 103).

- 8a Von der Rechtsprechung wurde eine **Gewährleistungspflicht der Pflegekassen** für bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgungsstrukturen im Bereich der Angebote zur Unterstützung im Alltag **abgelehnt** (BayLSG 10.6.2021 – L 4 P 37/20, BeckRS 2021, 57426 Rn. 24).

IV. Angebote zur Unterstützung im Alltag

- 9 **Abs. 1** definiert Angebote zur Unterstützung im Alltag, indem diese in **drei Fallgruppen** näher beschrieben werden: Betreuungsangebote (Nr. 1), Angebote zur Entlastung von Pflegenden (Nr. 2) und Angebote zur Entlastung im Alltag (Nr. 3). Die **Unterscheidung** ist jedoch **nicht trennscharf** und hat außerdem auch **keine leistungsrechtlichen Konsequenzen**. Vielmehr kann es Überschneidungen geben und können sich Angebote zur Unterstützung im Alltag sowohl auf einzelne Bereiche konzentrieren, beispielsweise nur als Betreuungsangebote konzipiert sein, als auch auf mehrere Bereiche erstrecken, beispielsweise nach ihrem Konzept sowohl Betreuung als auch praktische Hilfen bei der Bewältigung pflegebedingter Anforderungen des Alltags beinhalten. Dies stellt der Gesetzeswortlaut in Abs. 1 S. 4 ausdrücklich klar. Die Klarstellung erfolgte im Gesetzgebungsverfahren gem. dem Beschluss des BT-Ausschusses für Gesundheit (BT-Drs. 18/6688). Unter Betreuungsangebote können zB Angebote der Tages- oder Einzelbetreuung fallen. Mit Angeboten zur Entlastung von Pflegenden sind im Unterschied zu Betreuungsangeboten solche Angebote gemeint, die sich gezielt und nicht nur als zusätzliche Wirkung auf die Unterstützung der Betroffenen in ihrer Eigenschaft als Pflegepersonen ausrichten, zB in Form einer kontinuierlichen qualifizierten Pflegebegleitung oder als feste Ansprechstelle in Notsituationen. Die begriffliche Unterscheidung soll den Nutzern eine Orientierung bieten, welche (Haupt-)Ausrichtung die jeweiligen Angebote verfolgen. Es sind sowohl separate als auch integrierte Angebote möglich, die mehrere Bereiche aus einer Hand abdecken. Abs. 1 S. 5 zählt einige **Beispiele** auf und zeigt dabei zugleich den in der Praxis allenfalls begrenzten Nutzen der vom Gesetzgeber in S. 1 eingeführten drei Fallgruppen. Die Aufzählung, die bisher in § 45c Abs. 3 und 3a aF enthalten war, ist nicht abschließend. Mit der Neuformulierung ist keine inhaltliche Änderung bezweckt, sondern lediglich eine Zusammenführung und geschlechtsneutrale Fassung.
- 10 **Abs. 2** S. 1 liefert eine **weitere Beschreibung** der Inhalte von Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Auch hier wird nicht nach den drei Fallgruppen aus Abs. 1 S. 1 unterschieden. Die möglichen Inhalte sind vielfältig und werden im Gesetz **nicht abschließend aufgezählt**. Umfasst sind auch „andere geeignete Maßnahmen“. Wie bereits bislang in § 45c Abs. 3 aF geregelt, basieren die Angebote zur Unterstützung im Alltag auf einem Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots enthält und aus dem sich ergibt, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere – aber nicht nur – von ehrenamtlichen Helfenden in ihrer Arbeit gesichert sind. Um die Transparenz für die Anspruchsberechtigten und ihre Angehörigen zu erhöhen, soll das Konzept außerdem eine nachvollziehbare Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden, und die Kosten, die den

Anspruchsberechtigten dafür entstehen, enthalten. Diese Übersichten finden Eingang in die **Leistungs- und Preisvergleichslisten** nach § 7 Abs. 3 und sind der zuständigen Stelle jeweils nach Maßgabe der entsprechenden Regelungen des Landesrechts zu übermitteln. Das Nähere bestimmen die Länder durch Rechtsverordnung nach Abs. 3.

Das SGB XI sieht im Übrigen **keine** Vorgaben für eine **bestimmte Organisations- oder Rechtsform** der Angebote zur Unterstützung im Alltag vor. Für die Tätigkeit gelten die jeweils einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen. Dies betrifft insbesondere die arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Regelungen in Bezug auf die Beschäftigung der Mitarbeitenden sowie der ehrenamtlich Helfenden.

V. Verordnungsermächtigung (Abs. 3)

Wie bisher in § 45b Abs. 4 aF enthalten, sind die **Landesregierungen** ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zu bestimmen. Dies können sowohl separate Anerkennungsvoraussetzungen für bestimmte Angebotsarten sein als auch einheitliche Kriterien, die alle Angebote erfüllen müssen. Als letzteres kommt beispielsweise das Vorhalten eines ausreichenden Versicherungsschutzes für die ausgeübten Tätigkeiten in Betracht. Die Einführung von Begriffen zur Differenzierung zwischen Angeboten mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung erleichtert es dabei den Ländern, soweit sie hiervon Gebrauch machen möchten, eine separate Anerkennung unterschiedlich ausgerichteter Angebote vorzusehen oder für bestimmte Angebotstypen spezifische Qualitätsanforderungen vorzusehen. Gleichzeitig wird durch die Zusammenfassung unter dem gemeinsamen Oberbegriff der Angebote zur Unterstützung im Alltag aber auch die Anerkennung integrierter Angebote, die mehrere Bereiche aus einer Hand abdecken, erleichtert. Grundsätzlich ist in jedem Fall, dass sich die Rechtsverordnung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben halten muss.

Nach Abs. 2 S. 2 muss jedes **Konzept** ua **Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation** der Helfenden enthalten. Dies kann beispielsweise **durch die Verordnungen konkretisiert** werden. Die gesetzliche Voraussetzung des Vorhandenseins von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen nach Abs. 2 S. 3 gilt nach der Gesetzesbegründung auch bei einem Einsatz im rein hauswirtschaftlichen Bereich. Auch hierzu können die Verordnungen die näheren Einzelheiten bestimmen.

Die **Anerkennung** als Angebot zur Unterstützung im Alltag setzt insbesondere voraus, dass für das Angebot eine ausreichend **qualifizierte Fachkraft** kontinuierlich verantwortlich zur Verfügung steht (LSG BW 9.12.2022 – L 4 P 1378/21, BeckRS 2022, 48024).

Die verschiedenen Betreuungs- und Entlastungsangebote können wie bisher sowohl jeweils eine **separate Anerkennung** nach dem jeweiligen Landesrecht erhalten als auch eine **gemeinsame Anerkennung für integrierte und umfassende Angebote**. Beim Erlass der Rechtsverordnungen sollen die Landesregierungen die gem. § 45c Abs. 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

Zur **Überleitung** der nach altem Recht anerkannten Angebote ist § 144 Abs. 2 15 zu beachten. Demnach gelten am 31.12.2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag iSd § 45a nF. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung abweichende Regelungen treffen.

Zu beachten ist außerdem § 45b Abs. 4 S. 2, wonach die Landesregierungen in der Rechtsverordnung außerdem Näheres zur Ausgestaltung der **Begrenzung der Vergütung** der Angebote nach Abs. 1 S. 3 Nr. 4 im Verhältnis zu den Preisen

für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen bestimmen können. Zu den Einzelheiten → § 45b Rn. 21 ff.

VI. Umwandlungsanspruch (Abs. 4)

- 17 Der Anspruch auf eine Kostenerstattung für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote unter Anrechnung auf den Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen war bis Ende 2016 in § 45b Abs. 3 aF geregelt. In der neuen Fassung bleibt dieser Anspruch inhaltlich erhalten nur unter den neuen Begrifflichkeiten. Bestehen bleibt auch die Begrenzung auf höchstens 40 % des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags. Bei Einführung der Regelung durch das PSG I waren im RegE (BT-Drs. 18/1798) zunächst 50 % vorgesehen; die Herabsetzung auf 40 % erfolgte durch Beschluss des Gesundheitsausschusses (BT-Drs. 18/2909).
- 17a Durch Art. 2 Nr. 11 des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) wurde mWv 1.7.2021 insbesondere Abs. 4 S. 3 neu gefasst, so dass es für die Umwandlung **keiner vorherigen Antragstellung** bedarf. Dies erfolgte in Anpassung an die Regelung des § 45b Abs. 2. Die Kostenerstattung im Rahmen des Umwandlungsanspruchs kann damit auch nachträglich geltend gemacht werden. Voraussetzung für eine Kostenerstattung nach § 45a Abs. 4 bleibt aber, dass die Leistungserbringung durch die Angebote zur Unterstützung im Alltag in dem jeweiligen Kalendermonat, für den die Umwandlung genutzt werden soll, durch Belege nachweisbar ist und auch tatsächlich stattgefunden hat. Der ambulante Sachleistungsbetrag für diesen Kalendermonat darf zudem insoweit nicht bereits für Sachleistungen eines ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienstes ausgeschöpft worden sein. Ferner darf die Maximalgrenze für die Umwandlung nicht überschritten werden und für dieselben Leistungen darf nicht bereits eine Kostenerstattung in der jeweiligen Höhe – ggf. auch nach anderen Vorschriften – erfolgt sein (BT-Drs. 19/30560, 63).
- 18 Die **Begrenzung der Umwandlungsmöglichkeit auf 40%** der Pflegesachleistung macht deutlich, dass der Gesetzgeber auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs der **Pflegesachleistung** weiterhin **Priorität** einräumt. Dies wird in Abs. 4 S. 5 ausdrücklich klargestellt. Hieraus kann zugleich der Schluss gezogen werden, dass der Gesetzgeber bei einer höheren Quote der Kostenerstattung befürchtet, dass dadurch die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen zurückgedrängt werden würde, was im Hinblick auf den Qualitätsstandard der Pflege offensichtlich nicht als erstrebenswert angesehen wird.
- 18a Durch Abs. 4 S. 6 wird deutlich, dass der Umwandlungsanspruch auch im Rahmen der **Kombinationsleistung** nach § 38 gilt. Wer das Sachleistungsbudget anteilig für Angebote zur Unterstützung im Alltag (nach § 45a) nutzt, kann daneben – ebenso wie bei anteiligem Sachleistungsbezug – in entsprechender Anwendung der Kombinationsregelung nach § 38 anteilig Pflegegeld beziehen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen für die Berechnung des anteiligen Pflegegeldes als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 zustehenden Sachleistung (Abs. 4 S. 6). Abs. 4 S. 4 bestimmt, dass es sich insgesamt um eine Leistung handelt, die in der Form der Kostenerstattung gegen Vorlage entsprechender Belege erbracht wird.
- 19 Da der Kostenerstattungsanspruch auf einer teilweisen Umwandlung des in § 36 für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbetrags beruht, wurde für ihn durch das PSG II die Bezeichnung **Umwandlungsanspruch** eingeführt. Der Anspruch steht den nach § 36 anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen, also den **Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2–5** zu.

Für die durch das PSG I vorgesehene Evaluation innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten (also nach dem 1.1.2015) wurde in Abs. 4 S. 7 aF durch das PSG II konkret der Zeitraum bis zum 31.12.2018 benannt. Die **Evaluation des Umwandlungsanspruchs** wurde vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. durchgeführt und im September 2019 vorgelegt (Kurzbericht zu den Ergebnissen der Evaluation des Umwandlungsanspruchs gemäß § 45a Absatz 4 SGB XI im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Absatz 2 SGB XI) Los 6: Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Kurzbericht_Evaluation-Umwandlungsanspruch-nach-Par-45a-Abs-4-SGB-XI_Los-6-end_BarrierefreiheitGeprueft-end.pdf), so dass die Regelung dazu durch Zeitablauf überholt war und durch das GVWG vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) mWv 1.7.2021 gestrichen und durch den nunmehr geltenden Abs. 4 **S. 7** zur **Verrechnung** ersetzt wurde.

Insbesondere wenn der Umwandlungsanspruch für einen vergangenen Kalendermonat **nachträglich** geltend gemacht wird, ohne dass die Pflegebedürftigen dies ihrer Pflegekasse vorab angezeigt haben, kann es dazu kommen, dass für den entsprechenden Kalendermonat bereits Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld ausgezahlt worden ist. Da der umgewandelte Leistungsbetrag im Rahmen der Kombinationsleistung wie die Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Abs. 3 zustehenden Sachleistung behandelt wird, hat die Höhe des beantragten Kostenerstattungsbetrags Einfluss darauf, wieviel anteiliges Pflegegeld nach Berücksichtigung der Umwandlung noch beansprucht werden kann. Wie bereits in der Begründung zum Ersten Pflegestärkungsgesetz (BT-Drs. 18/1798, 32) dargestellt, kann in diesem Fall die im Rahmen des Umwandlungsanspruchs beantragte Kostenerstattung mit dem jeweils bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet werden, soweit der ausgezahlte Pflegegeldbetrag den Betrag übersteigt, den die Pflegebedürftigen nach Berücksichtigung des umgewandelten Betrages noch beanspruchen können. Nutzen Pflegebedürftige mit dem umgewandelten Betrag und in dem entsprechenden Monat bezogenen Sachleistungen ambulanter Pflege- oder Betreuungsdienste den Leistungsbetrag nach § 36 insgesamt zu 100 Prozent aus, verbleibt daneben kein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld mehr. In diesem Fall ist ein bereits ausgezahlter Pflegegeldbetrag folglich in vollem Umfang mit dem beantragten Kostenerstattungsbetrag zu verrechnen (BT-Drs. 19/30560, 63).

Die in Abs. 4 **S. 8** angeordnete entsprechende Anwendung von § 37 Abs. 3–5, 7–9 bedeutet, dass bei Nutzung des Umwandlungsanspruchs die Pflicht besteht, **regelmäßig Beratungen** durch die in § 37 Abs. 3b oder Abs. 8 genannten Beratungsstellen abzurufen. Die Sanktion bei ausbleibendem Abruf von Beratungen, nämlich die Kürzung oder Entziehung der (Geld-)leistung, erfolgt in entsprechender Weise in Bezug auf die Kostenerstattung nach S. 1 (S. 8 Hs. 2).

In Abs. 4 **S. 9** wird ausdrücklich **klargestellt**, dass die **Inanspruchnahme der Umwandlung** des ambulanten Sachleistungsbetrags und die **Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags** nach § 45b **unabhängig voneinander** erfolgen. Dies wurde im Gesetzgebungsverfahren durch den BT-Ausschuss für Gesundheit entsprechend des Beschlusses des Bundesrates ergänzt (BT-Drs. 18/6688, 77, 144). Hintergrund war eine Auslegung einiger Pflegekassen nach Inkrafttreten des PSG I, wonach der vorherige Verbrauch des Entlastungsbetrags nach § 45b vor Inanspruchnahme der Umwandlung der Pflegesachleistung verlangt wurde. Dadurch wurden die Gestaltungsmöglichkeiten der Versicherten (wegen der Abrechnungsmöglichkeit des Entlastungsbetrags im Nachhinein sowie dessen Übertragbarkeit auf das folgende Kalenderhalbjahr) zu Unrecht eingeschränkt.

§ 45b Entlastungsbetrag

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

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

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

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

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

(4) ¹Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. ²Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag ver-

langt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	6
III. Allgemeines	8
IV. Einheitlicher Kostenersatzanspruch und Anspar- und Übertragungsrecht (Abs. 1)	11
V. Entstehung des Anspruchs und Anforderungen an Belege (Abs. 2) ..	15
VI. Anrechnung (Abs. 3)	18
VII. Begrenzung der Vergütung (Abs. 4)	21

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 6 PfLEG mWv 1.1.2002 eingefügt und 1
enthielt für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen zusätzlichen Betreuungsbetrag von 460 EUR jährlich. Durch Art. 1 Nr. 28 PflegeWEG wurde Abs. 1 S. 1 neu gefasst und S. 2–4 eingefügt; die ursprünglichen S. 2 und 3 wurden S. 5 und 6; in S. 6 wurde der Begriff „Pflegebedürftige“ durch „Versicherte“ ersetzt; in Abs. 2 wurde S. 2 neu gefasst und S. 3 hinzugefügt; der bisherige S. 3 wurde S. 4. In Abs. 3 wurde S. 1 gestrichen. Durch das PflegeWEG wurden somit mWv 1.7.2008 neben Pflegebedürftigen auch Versicherte der sog. Pflegestufe 0 einbezogen und der vormalige Grundbetrag von bis zu 100 EUR monatlich sowie der erhöhte Betrag von bis zu 200 EUR monatlich eingefügt.

Durch das PSG I wurde die Vorschrift zum 1.1.2015 in mehreren Punkten erwei- 2
tert; der bis dahin auf zusätzliche Betreuungsleistungen beschränkte Anspruch wurde um den Begriff der Entlastungsleistungen erweitert und zugleich der Grundbetrag von 100 EUR auf 104 EUR und der erhöhte Betrag von 200 EUR auf 208 EUR angehoben. Seitdem dürfen außerdem von zugelassenen Pflegediensten erbrachte **hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen** erstattet werden (§ 45b Abs. 1 Nr. 3). Durch das PSG I wurde die Leistung auch für Pflegebedürftige geöffnet, die nicht die Voraussetzungen des § 45a aF erfüllten, aber wenigstens der Pflegestufe I zugeordnet waren (Abs. 1a aF). Mit Abs. 3 aF wurde die Möglichkeit der Umwandlung von bis zu 40 % des Sachleistungsanspruchs eingefügt (jetzt § 45a Abs. 4) und Abs. 3 aF (Verordnungsermächtigung der Landesregierungen) wurde zu Abs. 4 aF (vgl. BT-Drs. 18/1798; 18/2009).

Durch das PSG II erfolgte mit Wirkung ab 1.1.2017 erneut eine grundlegende 3
Umgestaltung der Norm im Kontext der Neufassung des gesamten Abschnitts, → § 45a Rn. 1 ff. Die Norm beschränkt sich jetzt nur noch auf die Regelungen zum Entlastungsbetrag.

Durch das PSG III wurden zur Klarstellung der Anspruchsvoraussetzung in Abs. 2 4
S. 1 und 2 umformuliert. Außerdem wurde Abs. 3 eingefügt, der das Verhältnis zu anderen Leistungen regelt. In Abs. 4 wurde erstmals eine Regelung zur Begrenzung der Vergütung mit Blick auf vergleichbare Sachleistungen aufgenommen.

Durch Art. 11 Nr. 10 des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG vom 4a
11.12.2018 (BGBl. I 2394) wurde mWv 1.1.2019 der vorherige Abs. 2 S. 3 aus redaktionellen Gründen in Abs. 1 S. 5 verschoben; Abs. 2 S. 3 wurde für statistische Zwecke neu gefasst.

Im Zuge der Überleitung zu beachten sind die Besitzstandsregelungen nach § 141 5
Abs. 1 und 2 sowie § 144 Abs. 3.

II. Normzweck

- 6 Die bis Ende 2016 sog. zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden seit 2017 zur besseren Verständlichkeit als Entlastungsbetrag bezeichnet. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II ist die gesonderte Feststellung eingeschränkter Alltagskompetenz entfallen und damit auch die Grundlage für die alte Unterscheidung zwischen Grundbetrag und erhöhtem Betrag. Daher wird seit 2017 allen Anspruchsberechtigten einschließlich Personen im Pflegegrad 1 ein **einheitlicher Entlastungsbetrag** von 125 EUR monatlich gewährt. Die Leistung stellt unverändert einen Kostenerstattungsanspruch dar und soll der Entlastung der Pflegepersonen bei häuslicher Pflege dienen. Aufgrund der Rechtsnatur als **Kostenerstattungsanspruch** ist eine **Vorabzahlung** gesetzlich **nicht vorgesehen** (HessLSG 12.11.2021 – L 6 P 32/21, BeckRS 2021, 37921). Außerdem sollen die Leistungen, für die der Entlastungsbetrag eingesetzt wird, darauf ausgerichtet sein, den Pflegebedürftigen Hilfestellungen zu geben, die ihre Fähigkeit zur selbstständigen und selbstbestimmten Gestaltung des Alltags fördern. Ziel ist es insbesondere, die niedrigschwelligen Angebote zu erhalten und weiterhin besonders zu fördern.
- 7 Zum **Besitzstandsschutz** von Personen, die am 31.12.2016 bereits nach altem Recht leistungsberechtigt waren und insbesondere einen Anspruch auf den erhöhten Betrag von 208 EUR monatlich hatten, → Rn. 9.

III. Allgemeines

- 8 Leistungen des Fünften Abschnitts kommen nur für **Pflegebedürftige (einschließlich Pflegegrad 1) in häuslicher Pflege** in Betracht; als Parallelregelung in stationärer Pflege ist § 87b aF bzw. seit 1.1.2017 § 43b anzusehen, der den Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung durch Vergütungszuschläge vorsieht. Für die Abgrenzung von häuslicher und stationärer Pflege ist maßgebend, ob die Pflege in einer Einrichtung erbracht wird, die als stationäre Pflegeeinrichtung iSd § 71 Abs. 2 zugelassen oder als Einrichtung iSd § 71 Abs. 4 (Krankenhaus, Reha- oder Behinderteneinrichtung) anzusehen ist (BSG 20.4.2016 – B 3 P 1/15 R, NZS 2016, 705). „Häusliche Pflege“ setzt dagegen nicht voraus, dass die Pflege im eigenen Haushalt erfolgt. Der Anspruch ruht gem. § 34 Abs. 2 S. 1 nur für die Dauer des Aufenthalts in der Einrichtung. Soweit zB ein überwiegend in einer stationären Behinderteneinrichtung lebender Mensch zeitweise, etwa an Wochenenden oder zu Ferienzeiten, in häuslicher Pflege von Angehörigen versorgt wird, besteht während dieser Zeiten ein Anspruch auf den Entlastungsbetrag.
- 9 Für den **Besitzstandsschutz** von Personen, die am 31.12.2016 bereits nach altem Recht leistungsberechtigt waren, ist grundlegend **§ 141 Abs. 1** zu beachten. Bei vormaligen Ansprüchen auf den **erhöhten Betrag** von 208 EUR nach altem Recht gilt die besondere Regelung des **§ 141 Abs. 2**. Unter den dort genannten Voraussetzungen (Höchstleistungsanspruch nach §§ 36, 37 und 41 nach Überleitung nicht um jeweils mindestens 83 EUR monatlich höher) besteht Anspruch auf einen Zuschlag. Angesichts der großzügigen Überleitung nach § 140 Abs. 2 insbesondere bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz dürfte der Anwendungsbereich dieser Regelung begrenzt sein. In Betracht kommt ein Anspruch auf einen Zuschlag möglicherweise in Sonderfällen wie zB bei Personen, die überwiegend in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben und nur zeitweise häusliche Pflege iSv §§ 36, 37 in Anspruch nehmen und daher gem. § 38 S. 5 nur einen Anspruch auf anteiliges Pflegegeld haben, sofern als Vergleichsgröße nur auf den anteiligen Pflegegeldanspruch abgestellt wird und dieser nach neuem Recht nicht mindestens 83 EUR höher ausfällt. Für eine solche

Auslegung spricht die Intention des Gesetzgebers, niemanden durch die Umstellung schlechter zu stellen. Der Wortlaut und die Systematik der Norm legen allerdings eher eine Orientierung an den allgemeinen Beträgen nach § 37 nahe und nicht an den tatsächlichen anteiligen nach § 38 S. 5, weshalb auch in diesen Sonderfällen idR kein Zuschlag zu errechnen sein wird.

Eine besondere, zeitlich begrenzte Überleitungsregelung zur Verlängerung der Übertragbarkeit der Ansprüche enthält **§ 144 Abs. 3**. Hintergrund ist, dass durch das PSG I die Leistungen nach § 45b zum 1.1.2015 in verschiedener Hinsicht verbessert wurden, allerdings bei den Versicherten nicht entsprechend ankamen. Zum einen wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten gem. dem alten Abs. 1a auch auf Pflegebedürftige ausgedehnt, die nicht erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt waren. Zum anderen wurde das Leistungsspektrum um Entlastungsleistungen erweitert und insbesondere die Möglichkeit eröffnet, auch niedrigschwellige Entlastungsangebote nach Landesrecht anzuerkennen, so dass die Mittel nach § 45b auch für Leistungen dieser Angebote eingesetzt werden konnten. Im Nachgang zum Inkrafttreten dieser Neuregelungen traten jedoch verschiedene Auslegungsprobleme auf, die eine Nutzung des Anspruchs für die Versicherten trotz Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen erschwerten. Zugleich konnten niedrigschwellige Entlastungsangebote nach dem zT in den Ländern noch geltenden Recht noch keine Anerkennung nach dem jeweiligen Landesrecht erhalten. Daher waren für die Anspruchsberechtigten niedrigschwellige Entlastungsleistungen faktisch noch nicht überall verfügbar. Dies will der Gesetzgeber mit der einmaligen Verlängerung der Übertragbarkeit der Ansprüche korrigieren. Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1.1.2015 bis zum 31.12.2016 dem Grunde nach die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Abs. 1 oder Abs. 1a aF erfüllt haben, sie den Anspruch aber nicht oder nicht vollständig für den Bezug von Leistungen nach § 45b Abs. 1 S. 6 in der in diesem Zeitraum geltenden Fassung genutzt haben, erhalten sie die Möglichkeit, diese Leistungsbeträge noch bis zum **31.12.2018** abzurufen. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung und Praktikabilität soll dabei nicht danach unterschieden werden, aus welchem Grund jeweils eine (vollständige) Ausnutzung der Leistungsbeträge nicht erfolgt ist. Die im Zeitraum vom 1.1.2015 bis zum 31.12.2016 von den Anspruchsberechtigten nicht abgerufenen Mittel gelten vielmehr pauschal als nicht verfallene, sondern „angesparte“ Mittel, die bis Ende 2018 noch zum Bezug von Leistungen nach § 45b Abs. 1 S. 3 in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung eingesetzt werden können. Dies gilt, sofern und solange die betroffenen Versicherten ab dem 1.1.2017 jeweils auch die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Abs. 1 S. 1 in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung dem Grunde nach erfüllen, also weiterhin als pflegebedürftig eingestuft sind und sich in häuslicher Pflege befinden. S. 2 bestimmt darüber hinaus, dass die im Zeitraum vom 1.1.2015 bis zum 31.12.2016 von den Anspruchsberechtigten nicht abgerufenen Mittel ebenfalls eingesetzt werden können, um für in diesem Zeitraum bezogene Leistungen iSd § 45b Abs. 1 S. 6 in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung noch **nachträglich eine Kostenerstattung** zu beantragen und zu erhalten. Die nachträglichen Kostenerstattungsanträge für in diesem Zeitraum bezogene Betreuungs- und Entlastungsleistungen mussten spätestens bis zum Ablauf des 31.12.2018 gestellt werden und entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der jeweils bezogenen Leistungen beinhalten. Die Leistungsansprüche für die Anspruchsberechtigten ab dem 1.1.2017 in regulärer Anwendung des § 45b in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung zustehen, bleiben unberührt. Im ursprünglichen RegE war zunächst nur eine Fristverlängerung bis Ende 2017 vorgesehen. Die Ausweitung um ein weiteres Jahr bis insgesamt Ende 2018 erfolgte erst im Gesetzgebungsverfahren (BT-Drs. 18/10510, 125).

IV. Einheitlicher Kostenerstattungsanspruch und Anspar- und Übertragungsrecht (Abs. 1)

- 11 Im Wesentlichen wie bereits vor 2017 kann der Erstattungsbetrag eingesetzt werden für Aufwendungen im Zusammenhang mit Leistungen der Tages- oder Nachtpflege (Nr. 1), der Kurzzeitpflege (Nr. 2), zugelassener Pflegedienste (Nr. 3) oder nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag (Nr. 4). Eine Änderung ergab sich seit 2017 jedoch zu Nr. 3 hinsichtlich der Leistungen ambulanter Pflegedienste. Während zuvor über Nr. 3 aF Leistungen der Grundpflege ausgeschlossen waren, und bei durch zugelassene Pflegedienste erbrachte Leistungen nur besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung erstattungsfähig waren, bezieht sich der Ausschluss nunmehr auf Leistungen im Bereich der **Selbstversorgung** für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2–5. Hintergrund dieser Änderung ist die besondere, die Leistungen nach § 36 ergänzende Funktion der §§ 45a ff. Der Kernbereich der pflegerischen Leistungen ist auch weiterhin der Leistung nach § 36 vorbehalten. Nachdem durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in § 36 nicht mehr der Begriff der Grundpflege enthalten ist, tritt an dessen Stelle in § 45b Abs. 1 Nr. 3 nunmehr der Begriff der Selbstversorgung iSv § 14 Abs. 2 Nr. 4 (Modul 4). Die Beschränkung folgt der Empfehlung des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Abschlussbericht vom 27.6.2013. Dieser hatte den Fortbestand eines separaten Entlastungsbetrages vorgeschlagen.
- 12 Der Ausschluss des Leistungsbereichs der Selbstversorgung gilt allerdings ausdrücklich nicht für Pflegebedürftige des **Pflegegrades 1**. Die Gesetzesbegründung beruft sich dazu erneut auf die Empfehlungen des Expertenbeirats, der diese umfassende Einsatzmöglichkeit des Entlastungsbetrages insbesondere mit Blick auf alleinlebende Personen mit Pflegegrad 1 angeregt hatte, denen ansonsten die Leistungen nach § 36 nicht zur Verfügung stehen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können somit den Entlastungsbetrag auch für Aufwendungen einsetzen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung iSv § 36 entstehen. Die mit den ambulanten Pflegediensten für die Leistungserbringung nach § 36 vereinbarten Vergütungssätze bilden dabei auch bei einer Leistungserbringung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die Obergrenze für die von den Versicherten dafür zu entrichtenden Vergütungen.
- 13 Wichtig ist daher für den Anspruch auf Kostenerstattung, dass seitens der Pflegedienste **aussagekräftige Rechnungen** erstellt werden, die einerseits den Pflegebedürftigen einen Überblick über die bezogenen Leistungen bieten und andererseits deutlich unterscheiden, ob und in welchem Umfang im Rahmen der Leistungserbringung nach § 45b ebenfalls Leistungen im Bereich der Selbstversorgung erbracht und abgerechnet werden. Die zivilrechtlichen Möglichkeiten zur Bevollmächtigung oder Abtretung bleiben unberührt, entbinden aber nicht von der umfassenden Information der Anspruchsberechtigten über die Leistungen, für die eine Kostenerstattung beantragt wird.
- 14 Bei Leistungen der **Tages- und Nachtpflege** sowie der **Kurzzeitpflege** nach Abs. 1 Nr. 1 und 2 ist eine Differenzierung danach, ob es sich um Aufwendungen für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung handelt, sowohl nach dem Gesetzeswortlaut als auch nach der Begründung nicht geboten, da es sich in der teil- und vollstationären Pflege jeweils um einheitliche Gesamtleistungen handele. Wie bisher sei bei diesen Leistungen davon auszugehen, dass sie insgesamt dem Gesetzeszweck dienen.
- 14a Abs. 1 **S. 5** beinhaltet das Recht, die grundsätzlich monatlich entstehenden Ansprüche, soweit sie in dem jeweiligen Monat nicht genutzt werden, innerhalb eines Kalenderjahres **anzusparen**. Am Ende des Kalenderjahres nicht verbrauchte

Beträge können auf das folgende Kalender**halbjahr übertragen**, also noch bis 30.6. des Folgejahres in Anspruch genommen werden. Durch die Möglichkeit des Ansparens und damit nicht zwingend wöchentlicher oder monatlicher Inanspruchnahme soll eine besonders flexible und bedarfsgerechte Handhabung ermöglicht werden. Dies kann von besonderer Bedeutung zB für Familien mit pflegebedürftigen Kindern sein, die nicht jeden Monat, aber regelmäßig in den Ferienzeiten einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben.

Eine Erstattung der Aufwendungen nach Abs. 1 Nr. 4 scheidet aus, wenn der Leistungserbringer nicht über die **erforderliche Anerkennung** nach § 45a Abs. 1 S. 3 verfügt (BayLSG 10.6.2021 – L 4 P 37/20, BeckRS 2021, 57426). Eine analoge Anwendung des § 45b SGB XI bei Inanspruchnahme eines nicht anerkannten Dienstleisters wurde mangels planwidriger Regelungslücke von der Rechtsprechung abgelehnt. Dem Gesetzgeber seien die in Teilen unzureichende Infrastruktur und fehlende Angebote bewusst gewesen (BT-Drs. 14/6949, 11 ff.). Die gesetzgeberische Intention, durch Förderung einen Anreiz zum Ausbau von Angeboten bei gleichzeitiger Qualitätssicherung zu setzen, würde bei Erstattung zugunsten nicht anerkannter Dienstleister konterkariert. Die Norm bedürfe insofern keiner verfassungskonformen Auslegung, da eine Differenzierung zwischen anerkannten und nicht anerkannten Angeboten aus sachlichem Grund zulässig sei. Die Beschränkung diene der **Qualitätssicherung** (LSG BW 19.11.2021 – L 4 P 2161/21, BeckRS 2021, 44782; BayLSG 10.6.2021 – L 4 P 37/20, BeckRS 2021, 57426 Rn. 25). Ebenfalls abgelehnt wurde in einem Berufungsverfahren die Kostenübernahme für Aufwendungen einer Haushaltshilfe, die zwar langjährig als solche tätig war, jedoch keine Ausbildung zur Hauswirtschafterin hatte und damit nicht die Voraussetzungen der landesrechtlichen Verordnung erfüllte (HessLSG 12.11.2021 – L 6 P 10/20, BeckRS 2021, 57800; Revision anhängig B 3 P 4/22 R).

Eine Ausnahme gilt nach **§ 150 Abs. 5b** für Pflegebedürftige des **Pflegegrades 1**, **14c** wenn die Inanspruchnahme anderer, nicht nach § 45a Abs. 1 S. 3 zugelassener Hilfen zur Überwindung von infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Versorgungsengpässen erforderlich ist. So sind grundsätzlich zB haushaltsnahe Dienstleistungen, die von Privatpersonen erbracht werden, über diese Regelung erstattungsfähig. Voraussetzung dafür ist jedoch ein **coronabedingter pflegerischer Versorgungsengpass**. Ein Anspruch auf Zahlung des Entlastungsbetrags bei Inanspruchnahme von „Haushalt-Corona-Hilfe“ durch Privatpersonen besteht somit nicht, wenn ein coronabedingter Versorgungsengpass nicht glaubhaft gemacht wird (LSG BW 9.11.2020 – L 4 P 3250/20 ER-B, BeckRS 2020, 30543 = NZS 2020, 994). Die mit § 150 Abs. 5 geschaffene Sonderregelung sieht darüber hinaus keine Modifikation des § 45b vor; Versicherte haben keinen Anspruch auf eine zweckungebundene, unmittelbare Auszahlung des Entlastungsbetrags, weshalb eine Inanspruchnahme zur Vergütung allgemeiner Unterstützungsleistungen durch Angehörige ebenfalls ausscheidet (LSG Nds-Brem 2.6.2022 – L 12 P 35/21, BeckRS 2022, 17157). Die Beschränkung der durch die Pandemie bedingten Sonderregelungen in § 150 Abs. 5b auf Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 stellt nach der Rechtsprechung keine verfassungswidrige Ungleichbehandlung der übrigen Pflegebedürftigen dar (LSG MV 24.11.2022 – L 6 P 16/22, BeckRS 2022, 39092).

V. Entstehung des Anspruchs und Anforderungen an Belege (Abs. 2)

Mit dem PSG III hat der Gesetzgeber Abs. 2 S. 1 und 2 umformuliert, um Auslegungsfragen zu klären, die seit 1.1.2015 aufgrund der Erstreckung des Anspruchs auf alle Pflegebedürftige – auch ohne eingeschränkte Alltagskompetenz – aufgetreten waren. Zum Teil hatten Kassen eine abstrakte, vorherige Antragstellung als Voraus-

setzung für die Entstehung des Anspruchs gefordert. Durch die neue Formulierung wird klargestellt, dass der Anspruch auf den Entlastungsbetrag allein mit dem Vorliegen der in Abs. 1 S. 1 genannten Voraussetzungen entsteht also bei häuslicher Pflege mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit iSd SGB XI. Ab diesem Zeitpunkt steht der Entlastungsbetrag den Anspruchsberechtigten monatlich jeweils ohne weiteres zur Verfügung.

- 16 Um den Anspruch auf den Entlastungsbetrag entstehen zu lassen, bedarf es somit **keiner gesonderten Antragstellung** vor Beginn des Bezugs der Leistungen. Es ist vielmehr ausreichend, wenn der Antrag auf die Erstattung der Kosten für die entstandenen Eigenbelastungen nachträglich eingereicht wird. Mit dem Antrag wird seitens der Anspruchsberechtigten konkretisiert, für welche der bezogenen Unterstützungsleistungen eine Kostenerstattung gewünscht wird und in welcher Höhe die Erstattung hierfür erfolgen soll. Dies kann auch **konkudent durch Einreichung der entsprechenden Belege** geschehen. Die konkrete Kostenerstattung erfolgt daher erst, wenn die Voraussetzungen nach S. 2 vorliegen. Die zusätzlichen Leistungen nach § 45b müssen somit, wie bisher, bei dem für die Kostenerstattung jeweils zuständigen Träger der Pflegeversicherung gegen Vorlage entsprechender Belege beantragt werden, aus denen die finanziellen Belastungen der Versicherten durch die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen hervor gehen.
- 17 Mit der Regelung nach **S. 3** zur Klarheit der Angaben bei der Vorlage von Belegen, die zwecks Kostenerstattung bei den Leistungsträgern eingereicht werden, werden die Voraussetzungen für eine entsprechend differenzierte **statistische Erfassung** geschaffen. Für die Pflegebedürftigen soll dadurch keine zusätzliche bürokratische Belastung entstehen. Um eine eindeutige Kennzeichnung zu erreichen, bietet es sich an, auf den jeweiligen Belegen anzugeben, welcher der vier Nummern des Abs. 1 S. 3 die Leistungen zuzuordnen sind; dies gilt insbesondere für zugelassene Pflegeeinrichtungen. Das ist jedoch nicht die einzige Art und Weise, in der die Angabe erfolgen kann. Entscheidend ist, dass der Leistungsträger, bei dem die Belege eingereicht werden, durch die Angabe ohne Weiteres eindeutig erkennen kann, welcher der Leistungen nach den Nr. 1, 2, 3 oder 4 des Abs. 1 S. 3 die Leistung jeweils zuzuordnen ist. Sofern nicht ausreichende Angaben gemacht werden, sind die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen gehalten, ggf. diejenigen, die die Belege einreichen und vor allem die Anbieter der Leistungen in nachvollziehbarer Weise auf die für Zwecke der statistischen Erfassung erforderliche Gestaltung hinzuweisen und ggf. dazu zu beraten, wie dies **bürokratiearm umgesetzt** werden kann. Die Regelung dient allein statistischen Zwecken. Ein Leistungshindernis oder andere **Nachteile zu Lasten der Anspruchsberechtigten** dürfen aus ihr **nicht** abgeleitet werden (BT-Drs. 19/4453, 102).

VI. Anrechnung (Abs. 3)

- 18 Abs. 3 wurde durch das PSG III eingefügt und regelt die Berücksichtigung des Entlastungsbetrags in anderen Leistungssystemen. Die Regelung nach **S. 1**, wonach der Entlastungsbetrag nicht auf die Fürsorgeleistungen zur Pflege angerechnet wird, war zuvor in § 13 Abs. 3a aF enthalten. Inhaltliche Änderungen sind mit der Verschiebung nicht verbunden. Durch **S. 2** wird die Ausnahme des Entlastungsbetrags von der Anrechnung zusätzlich ausdrücklich mit Bezug zur Regelung nach dem SGB XII abgesichert. § 63b Abs. 1 SGB XII beinhaltet nämlich den Grundsatz, dass Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht erbracht werden, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten. S. 2 nimmt den Entlastungsbetrag davon ausdrücklich aus. Dadurch soll sichergestellt werden, dass der als **separater Betrag** ausgewiesene Entlastungsbetrag auch bei Empfängern von Fürsorgeleistungen weiterhin insbesondere für die Entlastung von Pflegepersonen

in vollem Umfang tatsächlich zur Verfügung steht. Eine Ausnahme hiervon bilden gem. S. 3 die Leistungsansprüche auf den Entlastungsbetrag nach dem Recht der **Hilfe zur Pflege** (§§ 64i und 66 SGB XII für die Pflegegrade 2–5 bzw. 1). Auf diese ist der Entlastungsbetrag der Pflegeversicherung anzurechnen, allerdings nur, soweit nach §§ 64i oder 66 SGB XII inhaltlich **entsprechende Leistungen** zu gewähren sind.

Im Zusammenhang damit steht die Regelung zum **Besitzstandsschutz** nach **§ 141 Abs. 2 S. 4 und 5**. Für den in § 141 Abs. 2 S. 1–3 geregelten **Zuschlag** auf den Entlastungsbetrag gelten demnach die Anrechnungsvorschriften nach Abs. 3 also die weitgehende Ausnahme von der Anrechnung auf Fürsorgeleistungen entsprechend. Nach § 141 Abs. 2 S. 5 wird der Besitzstandsschutz dahingehend ergänzt, dass auch Versicherte, die vormalig Anspruch auf den erhöhten Betrag von 208 EUR monatlich hatten aber keinen Zuschlag ab 1.1.2017 erhalten bei gleichzeitigem Bezug von Fürsorgeleistungen der Pflege hinsichtlich der Anrechnungsfreiheit des ehemals erhöhten Betrags nicht schlechter gestellt werden. Zu weiteren Einzelheiten → § 141 Rn. 6 f.

Die Regelung korrespondiert außerdem mit der Übergangsregelung nach **§ 138 S. 3 SGB XII**, wonach auch im Zeitraum der Umstellung der Leistungen der Hilfe zur Pflege zum 1.1.2017 der Entlastungsbetrag nach § 45b nicht angerechnet wird. Eine entsprechende Regelung enthielt bis Ende 2023 der inzwischen außer Kraft getretene § 271 BVG.

VII. Begrenzung der Vergütung (Abs. 4)

Abs. 4 war im RegE zum PSG III noch nicht enthalten und wurde erst aufgrund der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit eingefügt (BT-Drs. 18/10510, 109). Es soll ausdrücklich klargestellt werden, dass die Leistungserbringer, die Leistungen nach Abs. 1 S. 3 erbringen, von den Pflegebedürftigen hierfür keine höhere Vergütung verlangen dürfen als zugelassene Pflegeeinrichtungen für vergleichbare Sachleistungen.

Hintergrund der Regelung waren Entwicklungen in der Praxis, denen die ausdrückliche Regelung entgegenwirken soll. Hinweise dazu waren im Hinblick insbesondere auf Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 und die Leistungserbringung durch ambulante Pflegedienste bereits in der Begründung des RegE zum PSG II enthalten (BT-Drs. 18/5926, 133). In Teilen der Praxis wurden diese Ausführungen so interpretiert, dass eine Begrenzung der Vergütungssätze, die den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden dürfen, nur für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 gelten solle und darüber hinaus keine Beschränkungen bestünden. Demnach könnte von Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 für inhaltlich identische Leistungen eine Vergütung in anderer Höhe verlangt werden, je nachdem, ob die Leistungserbringung nach §§ 36, 41, 42 oder nach § 45b Abs. 1 S. 3 erfolgt. Laut Gesetzesbegründung hätten Erfahrungen aus der Praxis der Kostenerstattungsleistungen gezeigt, dass die bei einer Leistungserbringung nach § 45b Abs. 1 S. 3 in Rechnung gestellten Kosten die für die Erbringung von Sachleistungen nach Abs. 1 S. 3 nicht oberhalb der mit den Pflegekassen vereinbarten Vergütungssätze dabei mitunter um ein Vielfaches überstiegen. Eine solche Praxis widerspreche sowohl den Belangen der Pflegebedürftigen als auch dem Interesse der Pflegeversicherung. Daher soll Abs. 4 sicherstellen, dass die Vergütungssätze für alle Leistungen nach Abs. 1 S. 3 nicht oberhalb der mit den Pflegekassen für vergleichbare Leistungen ausgehandelten Vergütungen zugelassener Pflegeeinrichtungen liegen dürfen. Diese Begrenzung sei im Interesse der Pflegebedürftigen erforderlich, weil die Vergütungssätze für die Leistungen nach Abs. 1 S. 3 nicht mit den Pflegekassen, sondern mit den Pflegebedürftigen selbst ausgehandelt werden.

- 23 Bedeutsam ist dies insbesondere bei den Leistungen nach Abs. 1 S. 3 Nr. 4. Denn bei den Leistungen nach Abs. 1 S. 3 Nr. 1–3 erfolgt die Erbringung der Leistungen jeweils durch zugelassene Pflegeeinrichtungen, so dass die Pflegekassen die Einhaltung dieser Regelung durch die Leistungserbringer unmittelbar kontrollieren können. Bei der Erbringung von Leistungen nach Abs. 1 S. 3 Nr. 4 werden indessen nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag tätig. Diese Angebote sind sehr heterogen und die Voraussetzungen für ihre Anerkennung variieren von Land zu Land zT erheblich. Daher hat es der Gesetzgeber gem. Abs. 4 S. 2 für sinnvoll erachtet, es den Ländern zu überlassen, Näheres zur Ausgestaltung der entsprechenden Begrenzung der Vergütung in den Verordnungen nach § 45a Abs. 3 zu bestimmen. Nach der Gesetzesbegründung sind dabei unterschiedliche Kriterien denkbar, die teilweise auch an den Besonderheiten des jeweiligen Angebots oder Anbieters anknüpfen können (beispielsweise Professionalität des Angebots oder Anbieters oder Größe des Angebots oder Anbieters). Bei der Ausgestaltung im **Landesrecht** sei dabei insbesondere darauf zu achten, dass rein ehrenamtlich getragene Angebote nicht durch übermäßig belastende Anforderungen überfordert werden.
- 24 Die nach § 36 vereinbarten Vergütungssätze sind auch für die Leistungen nach § 45b Abs. 1 S. 3 maßgeblich. Darüber hinaus können **keine weiteren Rechnungspositionen** vom Entlastungsbetrag erfasst sein wie zB **Investitionskosten** und **Kosten einer Bezugspflegekraft** (BayLSG 25.10.2022 – L 5 P 13/20, BeckRS 2022, 46335).

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

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

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

²Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens. ³Darüber hinaus fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 20 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 9; Satz 2 gilt entsprechend.

⁴Fördermittel nach Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend. ⁵Im Rahmen der Förderung nach Satz 1 können jeweils auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

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

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

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

(5) ¹Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, in einzelnen Regionen erprobt werden. ²Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. ³Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. ⁴Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. ⁵Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. ⁶Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(6) ¹Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zur Verfügung stehenden Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. ²Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden. ³Nach Satz 2 übertragene Mittel, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, können für Projekte, für die bis zum Stichtag nach Satz 5 mindestens

Art, Region und geplante Förderhöhe konkret benannt werden, im darauf folgenden Jahr von Ländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel nach Satz 2 mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben. ⁴Die Ver- ausgabung der nach Satz 3 beantragten Fördermittel durch die Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften darf sich für die entsprechend benannten Projekte über einen Zeitraum von maximal drei Jahren erstrecken. ⁵Der Ausgleichsfonds sammelt die nach Satz 3 eingereichten Anträge bis zum 30. April des auf das Folgejahr folgenden Jahres und stellt anschließend fest, in welchem Umfang die Mittel jeweils auf die beantragenden Länder entfallen. ⁶Die Auszahlung der Mittel für ein Projekt erfolgt, sobald für das Projekt eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt. ⁷Ist die Summe der bis zum 30. April beantragten Mittel insgesamt größer als der dafür vorhandene Mittelbestand, so werden die vorhandenen Mittel nach dem Königsteiner Schlüssel auf die beantragenden Länder verteilt. ⁸Nach dem 30. April eingehende Anträge werden in der Reihenfolge des Antragsingangs bearbeitet, bis die Fördermittel verbraucht sind. ⁹Fördermittel, die bis zum Ende des auf das Folgejahr folgenden Jahres nicht beantragt sind, verfallen.

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

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

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

regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. ³Je Kreis oder kreisfreier Stadt können zwei regionale Netzwerke, je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. ⁴Abweichend von Satz 1 können pro Bezirk in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, zwei regionale Netzwerke gefördert werden. ⁵Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. ⁶Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. ⁷Den Kreisen und kreisfreien Städten, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des Absatzes 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. ⁸Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 5 entsprechend. ⁹Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 finden entsprechende Anwendung. ¹⁰Die Absätze 2 und 6 finden keine Anwendung. ¹¹Die Empfehlungen nach Absatz 7, soweit sie die Förderung der regionalen Netzwerke betreffen, sind bis zum 31. Dezember 2021 zu aktualisieren.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	4
III. Inhalt und Zweck der Förderung	7
1. Angebote zur Unterstützung im Alltag (Abs. 1 S. 1 Nr. 1 iVm Abs. 3)	9
2. Ehrenamtliche Strukturen (Abs. 1 S. 1 Nr. 2 iVm Abs. 4)	10
3. Modellvorhaben (Abs. 1 S. 1 Nr. 3 iVm Abs. 5)	11
4. Förderung regionaler Netzwerke (Abs. 1 S. 3 iVm Abs. 9)	12
5. Erhöhung der Fördermittel (Abs. 1 S. 4)	13
6. Digitale Anwendungen (Abs. 1 S. 5)	13a
IV. Anteilsfinanzierung (Abs. 2)	14
V. Ziel der geförderten Initiativen (Abs. 4)	16
VI. Verteilung der Fördermittel (Abs. 6)	17
VII. Empfehlungen (Abs. 7)	20
VIII. Förderung regionaler Netzwerke (Abs. 9)	23

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 6 PfLEG mWv 1.1.2002 eingefügt. Durch Art. 1 Nr. 29 PflegeWEG wurde im damaligen Abs. 1 S. 1 die Summe des Förderbetrages von 10 Mio. EUR in 25 Mio. EUR geändert; ebenso in Abs. 2 S. 2 aF von 20 Mio. EUR in 50 Mio. EUR. In Abs. 5 aF wurde ein S. 2 angefügt. Im PSG I wurden die Abs. 1–4 aF im Hinblick auf die neu eingeführte Anspruchsberechtigung von Pflegebedürftigen ohne Einschränkung der Alltagskompetenz und die Erweiterung auf Betreuungs- und Entlastungsangebote redaktionell angepasst.

- 2 Durch das PSG II wurde die Norm im Zuge der Überarbeitung des fünften Abschnitts mit Wirkung ab dem 1.1.2017 vor allem in sprachlicher Hinsicht durch Anpassung an die geänderten Begrifflichkeiten weitgehend neu gefasst.
- 3 Mit dem PSG III wurden Änderungen in Abs. 1, 2, 6 und 7 vorgenommen. In Abs. 1 wurden die insgesamt zur Verfügung stehenden Fördermittel um 10 Mio. EUR für die Förderung regionaler Netzwerke erhöht. Außerdem wurde die Übergangsregelung nach § 144 Abs. 4 ergänzt, wonach im Jahr 2015 nicht in Anspruch genommene und auf 2016 übertragene Mittel 2017 noch beantragt werden können.
- 3a Abs. 1 S. 5 hinsichtlich der digitalen Anwendungen wurde mWv 9.6.2021 durch Art. 5 Nr. 11b des Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG – vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) eingefügt.
- 3b Durch Art. 2 Nr. 12 des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) wurde Abs. 9 S. 8 zur Aktualisierung der Empfehlungen mWv 20.7.2021 angefügt; seit 1.1.2022 findet sich die Regelung in S. 11. Außerdem wurden in Abs. 1 S. 3 mWv 1.1.2022 die Mittel zur Förderung der strukturierten Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken von 10 Mio. EUR auf 20 Mio. EUR erhöht und zugleich in Abs. 9 S. 3, 4 die Begrenzung der Förderung auf zwei bzw. vier regionale Netzwerke je Kreis oder kreisfreier Stadt bzw. Bezirk neu eingefügt. Zugleich wurde in Abs. 9 S. 5 der maximale Förderbetrag von zuvor 20.000 EUR pro Kreis und Kalenderjahr auf 25.000 EUR pro Netzwerk und Kalenderjahr angehoben. Zudem wurde S. 6 mit der Pflicht der Landesverbände der Pflegekassen zur Erstellung einer Übersicht eingefügt. Durch die Einfügungen wurden die vorherigen S. 4–8 mWv 1.1.2022 zu S. 7–11.

II. Normzweck

- 4 Die zusammen mit den §§ 45a und 45b im PfLEG in das SGB XI eingefügte Vorschrift sollte zum einen den Aufbau zusätzlicher niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie zum anderen Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen vor allem für Demenzzranke fördern. Durch das PSG I wurde in Abs. 3a aF die Förderung von Entlastungsangeboten hinzugefügt. Nach Abs. 3 aF sollten vor allem Betreuungsinitiativen gefördert werden, die die häusliche Pflege durch Angehörige und andere ehrenamtliche Pflegepersonen entlasten und auf diese Weise dazu beitragen, die Versorgung von Menschen mit vormalig sog. eingeschränkter Alltagskompetenz mit geringerem finanziellem Aufwand sicher zu stellen als bei vollstationärer Pflege (vgl. Dumeier ErsK 2001, 35; Mollenhauer BKK 2003, 180; BT-Drs. 14/6949 zu § 45c). Entsprechend der durch das PSG II eingeführten neuen Terminologie werden Betreuungs- und Entlastungsangebote seitdem unter dem Begriff der **Angebote zur Unterstützung im Alltag** zusammengefasst (Abs. 1 S. 1 Nr. 1) Die Förderung durch die Pflegeversicherung knüpft an die Förderung entsprechender Einrichtungen durch Länder und Kommunen an. Ohne deren finanziellen Einsatz kommt eine Mitfinanzierung durch die Pflegeversicherung nicht in Betracht (Abs. 2). Die Förderung von **Modellvorhaben** soll Erkenntnisse über die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des Leistungssystems der Pflegeversicherung erbringen. Die Vorhaben müssen deshalb wissenschaftlich begleitet werden (Abs. 5 S. 5). Für das Verfahren zur Durchführung von Fördermaßnahmen haben der Spitzenverband der Pflegekassen und der privaten Krankenversicherung Empfehlungen nach Abs. 7 beschlossen.
- 5 Durch die **Förderung ehrenamtlicher Strukturen** sollen Impulse sowohl zum Aufbau als auch zum Ausbau ehrenamtlicher Strukturen gesetzt werden. Durch das PSG II neu hinzugekommen ist, dass auch die **laufende Unterstützung** ehrenamtlicher Initiativen möglich sein soll, um die Strukturen in ihrem Bestand zu stärken.

Die Regelung enthält, wie im Wesentlichen auch § 45d, eine Co-Finanzierung von Infrastrukturmaßnahmen, die in die Zuständigkeit der Länder fallen, durch Beitragsmittel der Pflegeversicherung, was **verfassungsrechtlich zweifelhaft** sein dürfte. Gerade die Anknüpfung der Gewährung von Fördermitteln an die Mitfinanzierung durch das betroffene Land oder die jeweilige Kommune macht deutlich, dass es darum geht, Maßnahmen in Gang zu setzen, für deren Durchführung an sich das Land zuständig ist. 6

III. Inhalt und Zweck der Förderung

Durch das PSG II sollte Abs. 1 klarer gegliedert werden. Zudem wurde die Förderung ehrenamtlicher Strukturen aus § 45d Abs. 1 aF in Abs. 1 S. 1 Nr. 2 integriert. Dadurch sollen alle aus Mitteln nach § 45c förderfähigen Strukturen in einer einzigen Norm geregelt werden, um so die Übersichtlichkeit über die verschiedenen Förderzwecke und -inhalte zu erhöhen. Grundlegende inhaltliche Veränderungen sind damit nicht verbunden. Bereits bislang erfolgte die Förderung nach dem bisherigen § 45d Abs. 1 aF aus den nach § 45c vorgesehenen Fördermitteln und nach dem gleichen Verfahren und den sonstigen Vorgaben nach § 45c. 7

Förderungsfähig sind vor allem **Aufwandsentschädigungen** sowie **Sach- und Personalkosten**, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen verbunden sind (Abs. 3 S. 1). Die förderfähigen Maßnahmen sollen sowohl die Belange alleinlebender Pflegebedürftiger berücksichtigen als auch zur Entlastung pflegender Angehöriger beitragen und diesen einen Anreiz geben, die Leistung auch tatsächlich zu nutzen, um die mit der Pflege einhergehenden Belastungen abzubauen bzw. zu mildern (BT-Drs. 17/1898, 34). 8

1. Angebote zur Unterstützung im Alltag (Abs. 1 S. 1 Nr. 1 iVm Abs. 3)

Die bereits bislang bestehenden Fördermöglichkeiten zum Auf- und Ausbau der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote ändern sich nicht. Neu ist nur, dass diese Angebote seit dem 1.1.2017 unter dem Begriff der Angebote zur Unterstützung im Alltag zusammengefasst werden, dazu → § 45a Rn. 7 ff. Entscheidende Voraussetzung der Förderungsfähigkeit ist die Anerkennung der Angebote nach Landesrecht. 9

Die Vorschriften des SGB XI enthalten **keine Gewährleistungspflicht** der Pflegekassen für bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgungsstrukturen im Bereich der Angebote zur Unterstützung im Alltag; die Regelung des Abs. 1 Nr. 1 geht vielmehr davon aus, dass noch keine hinreichenden Versorgungsstrukturen vorhanden sind (BayLSG 10.6.2021 – L 4 P 37/20, BeckRS 2021, 57426 Rn. 24). 9a

2. Ehrenamtliche Strukturen (Abs. 1 S. 1 Nr. 2 iVm Abs. 4)

Durch das PSG II wurde die **Förderung ehrenamtlicher Strukturen**, die zuvor in § 45d Abs. 1 aF geregelt war, in Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 4 integriert. Inhaltliche Veränderungen sind damit nicht verbunden. Die Verschiebung soll der Übersichtlichkeit dienen. Es sollen weiterhin Impulse sowohl zum Aufbau als auch zum Ausbau ehrenamtlicher Strukturen gesetzt werden. Neu hinzugekommen ist, dass auch die **laufende Unterstützung** ehrenamtlicher Initiativen möglich sein soll, um die Strukturen in ihrem Bestand zu stärken. 10

3. Modellvorhaben (Abs. 1 S. 1 Nr. 3 iVm Abs. 5)

Im Rahmen der Modellförderung sollen weiterhin neue Versorgungskonzepte und -strukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige in einzel- 11

nen Regionen erprobt werden. Darin sieht der Gesetzgeber auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Herausforderung und Aufgabe sowohl der Pflegeversicherung als auch der Infrastrukturverantwortlichen in den Ländern. Strukturelle Defizite sieht der Gesetzgeber darüber hinaus außerdem zB bei der Weiterentwicklung einer bedürfnisgerechten kultursensiblen Versorgung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund. Modellvorhaben sind **innovative Versorgungskonzepte** jenseits der etablierten, bereits jetzt nach §§ 71 f. zulassungsfähigen Einrichtungen.

4. Förderung regionaler Netzwerke (Abs. 1 S. 3 iVm Abs. 9)

- 12 Für die Förderung nach § 45c Abs. 1 S. 1 stellt die Pflegeversicherung bislang 25 Mio. EUR jährlich zur Verfügung, so dass einschließlich der Ko-Finanzierung durch die Länder und kommunalen Gebietskörperschaften bis zu 50 Mio. EUR im Jahr in die Förderung fließen können. Seit 2017 können zusätzlich nach dem neuen Abs. 9 auch regionale Netzwerke gefördert werden. Hierfür stellt die Pflegeversicherung weitere 20 Mio. EUR je Kalenderjahr zur Verfügung. Hinsichtlich der privaten Krankenversicherung gilt Abs. 1 S. 2 entsprechend. Sie beteiligen sich daher auch an dieser zusätzlichen Förderung der Netzwerke mit 10 %. Die Abs. 2 und 6 zur Regelung der Ko-Finanzierung durch Länder oder Kommunen finden auf die Förderung aus diesen weiteren Mitteln gem. Abs. 9 S. 10 keine Anwendung. Allerdings handelt es sich auch bei der Förderung regionaler Netzwerke nach Abs. 1 S. 3 iVm Abs. 9 seitens der Pflegekassen nur um eine Anteilsfinanzierung. Die Details und maximalen Fördervolumina bestimmt Abs. 9.

- 12a Die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken soll durch die Anhebung des Fördervolumens von 10 Mio. EUR auf 20 Mio. EUR mWv 1.1.2022 durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) weiter gestärkt werden; damit soll zugleich eine vereinbarte Maßnahme der Nationalen Demenzstrategie umgesetzt werden (BT-Drs. 19/30560, 63).

5. Erhöhung der Fördermittel (Abs. 1 S. 4)

- 13 Fördermittel zugunsten regionaler Netzwerke nach Abs. 1 S. 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht nach Abs. 9 abgerufen worden sind, erhöhen im Folgejahr die Fördermittel nach Abs. 1 S. 1. Werden in einem Jahr also beispielsweise nur 5 Mio. EUR für die Förderung nach Abs. 9 ausgeschöpft, so stehen im Folgejahr anstatt bis zu 25 Mio. EUR bis zu 40 Mio. EUR für die Förderung der in Abs. 1 S. 1 genannten Zwecke zur Verfügung. Einschließlich der Ko-Finanzierung durch Länder und kommunale Gebietskörperschaften nach Abs. 2 können dann also bis zu 80 Mio. EUR in die Förderung dieser Zwecke fließen. Auf die Verteilung der auf diese Weise erhöhten Fördermittel des Abs. 1 S. 1 auf die Länder und auf die Übertragung der hiervon nicht ausgeschöpften Fördermittel in das Folgejahr sowie in das darauffolgende Jahr findet Abs. 6 Anwendung. Die Bereitstellung zusätzlicher Mittel für die Förderung nach § 45c greift insoweit einen Vorschlag des Bundesrates (BT-Drs. 18/9959) auf.

6. Digitale Anwendungen (Abs. 1 S. 5)

- 13a S. 5 wurde mWv 9.6.2021 durch Art. 5 Nr. 11b des Digitale-Versorgungs-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG – vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) eingefügt. Dadurch soll klargestellt werden, dass jeweils auch digitale Anwendungen bei der Förderung berücksichtigt werden können, sofern diese den jeweils geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten. Das gilt sowohl im Bereich der Förderung von

Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach Abs. 3 als auch bei der Förderung von Gruppen ehrenamtlich Tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen nach Abs. 4 als auch im Rahmen von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach Abs. 5 (BT-Drs. 19/29384, 192).

IV. Anteilsfinanzierung (Abs. 2)

Der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung nach Abs. 1 S. 1 ergänzt eine gleich hohe Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Durch das PSG III mWv 1.1.2017 hinzugekommen ist für die kommunalen Gebietskörperschaften die Möglichkeit, ihren Förderanteil auch in Form von **Personal- oder Sachmitteln** einzubringen. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn der Förderanteil nachweislich unmittelbar der Erreichung des jeweiligen Förderzwecks dient. Gemeint ist damit etwa die unentgeltliche **Bereitstellung von Räumlichkeiten** oder die **Abstellung von Personal** für eine geförderte Initiative. ZB könnte die kommunale Gebietskörperschaft selbst eine hierfür entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft beschäftigen, die unmittelbar und ausschließlich für die Schulung, Supervision und zur kontinuierlichen fachlichen Begleitung und Unterstützung von als Angeboten zur Unterstützung im Alltag iSd § 45a anerkannten Einzelhelferinnen und Einzelhelfern im Gebiet der kommunalen Gebietskörperschaft eingesetzt wird, und die hierfür anfallenden Kosten als zuschussgleich anerkannt werden. Eine Anerkennung als Zuschuss kann aber nur insoweit erfolgen, als die Mittel ausschließlich zu dem angegebenen Förderzweck nach Abs. 1 eingesetzt werden. Die beantragende Kommune hat dies gegenüber den anderen Fördergebern nachzuweisen. Keinesfalls können Personal- oder Sachmittel als Förderanteil anerkannt werden, wenn diese als Aufwand zB im Bereich der Bearbeitung von Förderanträgen anfallen oder sonst der allgemeinen Verwaltungstätigkeit der Kommunen zuzuordnen sind (BR-Drs. 410/16, 65 f.). Zur Vermeidung von Streitfällen ist vorab Einvernehmen mit allen im Einzelfall beteiligten Fördergebern herzustellen über die Bewertung der kommunalen Anteile und über die Feststellung, dass diese ausschließlich der unmittelbaren Erreichung des Förderzwecks dienen. Diese Neuerung geht zurück auf Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege.

Nach der Gesetzesbegründung kommt zudem in Betracht, dass die kommunalen Gebietskörperschaften **Finanzmittel Dritter** zur Finanzierung eines kommunalen Zuschusses einsetzen. Dies sei zB in der Weise denkbar, dass sie sich deren Finanzmittel im Rahmen des jeweils geltenden Haushaltsrechts übertragen ließen und diese dann als eigene Fördermittel einsetzten, vorausgesetzt, die Herkunft werde offengelegt. Schwerfällige Abstimmungsprozesse, die durch die Beteiligung weiterer Fördergeber sowohl bei der Mittelvergabe als auch bei etwaigen Rückforderungen entstehen könnten, würden damit von vornherein vermieden. Denkbar sei eine derartige Förderung ua durch gewerbliche Unternehmen aus der Region oder unabhängige Stiftungen, nicht hingegen durch Leistungserbringer. Um bereits dem Anschein einer Einflussnahme entgegenzuwirken, sei es in jedem Fall zu vermeiden, dass am Versorgungsge-schehen beteiligte oder interessierte Kreise – sei es unmittelbar oder mittelbar – zur Finanzierung beitrügen. Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung zu diesem Punkt hielt der Gesetzgeber jedoch nicht für erforderlich (BR-Drs. 410/16, 65 f.).

V. Ziel der geförderten Initiativen (Abs. 4)

Initiativen, die nach Abs. 1 S. 1 Nr. 2 gefördert werden, müssen auf die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Ange-

hörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen ausgerichtet sein. Zum Begriff der vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen vgl. § 45a Abs. 1 S. 2 Nr. 2. Damit sind alle Personen umfasst, „die sich der Pflege, Betreuung und Versorgung eines auf Pflege angewiesenen Menschen verantwortungsvoll und nicht nur vorübergehend annehmen und sich so im Bereich der Pflege nicht erwerbsmäßig engagieren. Dies kann auf dem Zusammenhalt in der Familie, auf partnerschaftlichem oder freundschaftlichem Beistand, auf einer nachbarschaftlichen Übernahme von Pflegeverantwortung oder auf anderen Gründen beruhen. Personen, die sich in dieser Weise stetig in die Pflege einbringen, stehen den Personen, die der Pflege bedürfen und durch sie versorgt werden, in besonderer Weise nahe.“ (BT-Drs. 18/1798, 35).

VI. Verteilung der Fördermittel (Abs. 6)

- 17 Nach **Abs. 6** sind die Fördermittel auf die Bundesländer entsprechend ihrem relativen Gewicht gleichmäßig zu verteilen. Als Verteilungsmaßstab dient der **Königsteiner Schlüssel**, der der maßgebend auf das Steueraufkommen und die Einwohnerzahl eines Bundeslandes abstellt. Bei der Verteilung der Fördermittel sind die allgemeinen Ermessensgrundsätze zu beachten; das Ermessen der Pflegekassen ist vor allem durch die Empfehlungen nach Abs. 7 gebunden. Im Rahmen der Förderung von sozialpolitisch wünschenswerten Maßnahmen steht dem Staat eine große Gestaltungsfreiheit zu (vgl. BVerfG 12.2.1964 – 1 BvL 12/62, BVerfGE 17, 210 (216) = BeckRS 1964, 105178); hierbei sind vor allem der Grundrechtsschutz der Betroffenen und rechtsstaatliche Prinzipien zu beachten.
- 17a Die Möglichkeit, Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, in das **Folgejahr zu übertragen**, wurde durch das PSG III mWv 1.1.2017 durch S. 3–9 erweitert. Hintergrund ist, dass die Bundesländer die zur Verfügung stehenden Fördermittel insbesondere für den Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote in sehr unterschiedlicher Höhe nutzen. Durch die Erweiterung der Möglichkeiten soll die Gesamtausschöpfung der zur Verfügung stehenden Mittel verbessert werden. Daher wird Ländern, die ihre Fördermittel weitgehend (zu mindestens 80 %) ausgeschöpft haben, die Möglichkeit gegeben, die von anderen Ländern oder Kommunen auch im Rahmen der Übertragung auf das Folgejahr nach Abs. 6 S. 2 noch nicht verbrauchten Fördermittel für zusätzliche Maßnahmen auszugeben. Dies geschieht, indem die nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Länder entfallenden Mittel am Ende des Folgejahres nicht mehr verfallen, sondern ein **Gesamtbudget** bilden, aus dem **interessierte Länder** auf Antrag **zusätzliche Maßnahmen** finanzieren können. Die Länder müssen dabei – ggf. unter Absprache mit den kommunalen Gebietskörperschaften, die an einer Förderung zusätzlicher Maßnahmen interessiert sind, – die zu fördernden Projekte konkret benennen und ihren Inhalt beschreiben. Die nach der Bewilligung erfolgende Verausgabung der nach dem neuen S. 3 beantragten Fördermittel durch die Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften darf sich für diese Projekte über einen Zeitraum von maximal drei Jahren erstrecken.
- 18 Um eine gleichmäßige Verteilung der im Gesamtbudget vorhandenen Mittel zu ermöglichen, werden die Anträge zunächst bis zum 30.4. des auf das Folgejahr iSd S. 2 folgenden Jahres gesammelt. Übersteigen die bis zum Stichtag beantragten Mittel die im Gesamtbudget vorhandenen Mittel, erfolgt eine Verteilung auf die beantragenden Länder nach dem Königsteiner Schlüssel. Verbleiben dagegen nach einer Verteilung auf die Länder, die einen Antrag bis zum Stichtag gestellt haben, immer noch Mittel, werden diese Mittel nach dem Stichtag in der Reihenfolge des Antragseingangs verausgabt. Soweit Mittel bis zum Ende des auf das Folgejahr iSd S. 2 folgenden Jahres nicht beantragt worden sind, fließen sie wie bisher an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zurück.

Zu beachten ist außerdem die ebenfalls durch das PSG III eingefügte **Übergangsregelung** nach § 144 Abs. 4, die zusätzlich der Ausschöpfung von in der Vergangenheit nicht verbrauchten Mitteln dienen soll. Demnach können im Jahr 2015 nicht in Anspruch genommene und auf 2016 übertragene Mittel aber wiederum nicht ausgeschöpfte Mittel in 2017 auf der Basis der neuen Regelungen nach Abs. 6 S. 3–9 noch von den Ländern beantragt werden, die im Jahr 2015 mindestens 80 % der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel auf der Basis der alten Gesetzeslage (bis zum 31.12.2016) entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.

VII. Empfehlungen (Abs. 7)

Die Konkretisierung der Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie des Verfahrens zur Vergabe der Mittel war ehemals in Abs. 6 aF geregelt. Darauf basierend wurden erstmals 2002 Empfehlungen beschlossen und später aktualisiert (www.gkv-spitzenverband.de). Durch das PSG II neu hinzugefügt wurde, dass das BMG seine Zustimmung nach S. 4 nur im Benehmen mit dem BMFSFJ erteilen kann, soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind. Im Übrigen blieb der Inhalt der Regelung durch das PSG II unverändert.

Durch das PSG III wurde als zusätzlicher Inhalt der Empfehlungen ergänzt, welchen Anforderungen Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften in Form von Personal- oder Sachmitteln nach dem neuen Abs. 2 S. 3 genügen müssen. Dies soll dazu dienen, die notwendigen Anforderungen besser zu konturieren und damit zum einen den kommunalen Gebietskörperschaften mehr Anhaltspunkte zu geben, wann eine Förderung in dieser Form in Betracht kommen könnte, und zum anderen eine bundesweit einheitliche Anwendung der Anforderungen zu fördern, die an die Einbringung der Zuschüsse in Form von Personal- und Sachmitteln zu stellen sind. Dadurch soll außerdem die Herstellung des Einvernehmens zwischen den Fördergebern nach Abs. 2 S. 3 jeweils vereinfacht und beschleunigt werden.

Die Empfehlungen sind über die Förderung nach § 45c hinaus von Bedeutung, weil sie beim Erlass der Rechtsverordnungen der Länder über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag zu berücksichtigen sind, § 45a Abs. 3 S. 2.

VIII. Förderung regionaler Netzwerke (Abs. 9)

Abs. 9 ist durch das PSG II neu hinzugekommen, war aber noch nicht im RegE enthalten, sondern wurde erst durch den Ausschuss für Gesundheit eingefügt (BT-Drs. 18/6688). Mit der Änderung wurde ein weiterer Förderzweck mit zusätzlichen Mitteln des Ausgleichsfonds von zunächst 10 Mio. EUR und seit 2022 erhöht auf 20 Mio. EUR eingeführt. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungen erhalten dadurch die Möglichkeit, sich einzeln oder gemeinsam mit einem Zuschuss an den Kosten selbstorganisierter regionaler Netzwerke zur Verbesserung der Versorgung und zur Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen und Pflegepersonen zu beteiligen. Mögliche weitere Netzwerkpartner können ua niedergelassene Ärzte, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Kommunen sowie Krankenkassen sein. Hintergrund der Regelung sind die Ergebnisse wissenschaftlicher Evaluationen regionaler Netzwerke im Rahmen des Projekts „Zukunftswerkstatt Demenz“ des BMG. Dabei habe sich gezeigt, dass durch eine regionale, selbst organisierte und strukturierte Vernetzung die Versorgung an Demenz erkrankter Pflegebedürftiger signifikant verbessert werden könne. Diese Erkenntnisse seien auf Pflegebedürftige insgesamt auch ohne demenzielle Erkrankungen übertragbar.

Gefördert werden können regionale Netzwerke, die auf einem freiwilligen Zusammenschluss der beteiligten Akteure basieren. Förderfähig sind nur die **netz-**

werkbedingten Kosten. Nicht bezuschusst wird hingegen die Wahrnehmung allgemeiner kommunaler Aufgaben und sonstiger allgemeiner Verwaltungsaufgaben. Gefördert werden können zudem nur solche Netzwerke, die in Bezug auf das jeweilige Einzugsgebiet auch die Teilnahme der regionalen Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen, der regionalen Gruppen ehrenamtlich Tätiger sowie der Kreise und kreisfreien Städte ermöglichen.

- 25 In den zugrunde liegenden Projekten im Rahmen der „Zukunftswerkstatt Demenz“ erreichten die jährlichen netzwerkspezifischen Kosten der Beteiligten zwischen 65.000 und 80.000 EUR pro Jahr insgesamt. Die Förderung aus Mitteln nach Abs. 9 war ursprünglich auf 20.000 EUR je Kreis oder kreisfreier Stadt begrenzt und stellte somit nur eine Anteilsfinanzierung dar. Dies gilt auch nach der Anhebung auf 25.000 EUR pro Netzwerk und Kalenderjahr mWv 1.1.2022 weiterhin. Anders als bei den Finanzmitteln nach Abs. 1 S. 1 ist jedoch eine gleichzeitige anteilige Finanzierung des jeweiligen Landes oder der jeweiligen Gebietskörperschaft keine Voraussetzung für eine Finanzierung der Pflegekassen. Abs. 2 findet daher keine Anwendung. Ebenso wenig gilt die Aufteilung nach Abs. 6.
- 26 Je Kreis und kreisfreier Stadt ist seit 2022 eine Förderung von bis zu zwei Netzwerken, in Kreisen und kreisfreien Städten ab 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern von bis zu vier Netzwerken möglich. In den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, ist eine Förderung von bis zu zwei Netzwerken je Bezirk möglich. Als Grundlage gilt hierbei die zum jeweiligen Zeitpunkt gültige Zuordnung der kreisfreien Städte und Landkreise des Statistischen Bundesamtes. Der pro Netzwerk maximal zur Verfügung stehende Förderbetrag erhöht sich um 25 % auf 25.000 Euro je Kalenderjahr. Mit diesen Ausweitungen soll die strukturierte Vernetzung bundesweit gestärkt werden (BT-Drs. 19/30560, 64).
- 27 Um eine **Transparenz** über die geförderten Netzwerke zu ermöglichen, erstellen die Landesverbände der Pflegekassen eine **Übersicht** über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens **einmal jährlich** und veröffentlichen sie auf einer eigenen **Internetseite**. Damit soll das Wissen über die Netzwerke und der Austausch unter den Netzwerken verbessert werden (BT-Drs. 19/30560, 64).
- 28 Zur Förderung der bundesweit möglichst einheitlichen Handhabung der Regelung erstrecken sich die Empfehlungen nach Abs. 7 auch auf die Förderung nach Abs. 9. Aufgrund der seit 1.1.2022 geltenden Änderungen in Abs. 1 und Abs. 9 sind die Empfehlungen nach Abs. 7, soweit sie die Förderung der regionalen Netzwerke betreffen, bis zum 31.12.2021 neu zu regeln (BT-Drs. 19/30560, 64). Im Rahmen der zu aktualisierenden Empfehlungen nach Abs. 7 soll diese Stärkung der Netzwerke durch weitere Verfahrensvereinfachungen der Förderung (wie zB zweijährige Förderzusagen vor allem für sich neu gründende Netzwerke), um eine ausreichende finanzielle Sicherheit zu gewährleisten, zusätzlich unterstützt werden (BT-Drs. 19/30560, 64). In den **Empfehlungen** nach Abs. 7 ist zudem zu der von den Pflegekassen zu erstellenden Übersicht der geförderten regionalen Netzwerke, deren Aktualisierung und Veröffentlichung Näheres zum Umfang der dafür erforderlichen Angaben zu regeln (BT-Drs. 19/30560, 64).
- 29 Ein im Rahmen des Projekts „Zukunftswerkstatt Demenz“ entwickelter **Werkzeugkasten** für den **Aufbau und die Organisation erfolgreicher Demenznetzwerke** steht im Internet zur Verfügung (www.demenznetzwerke.de).

§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

¹Je Kalenderjahr werden 0,15 Euro je Versicherten verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt

haben; um eine gerechte Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. ²Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Satz 1 ergänzt eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft und wird jeweils in Höhe von 75 Prozent des Zuschusses gewährt, der für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet wird. ³Davon abweichend können von den nach Satz 1 auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versicherten als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. ⁴Die Gründungszuschüsse sind von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. ⁵Im Übrigen werden für die Förderung der Selbsthilfe die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4 und Absatz 6 Satz 2, entsprechend angewendet. ⁶§ 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von einer Übertragung auf die Länder ausgenommen sind. ⁷Die nach Satz 6 von der Übertragung ausgenommenen Mittel werden zur Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet. ⁸Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. ⁹Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. ¹⁰Die Bewilligung der Fördermittel aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen darf jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. ¹¹Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. ¹²Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel nach Satz 7 werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. ¹³Selbsthilfegruppen im Sinne dieser Vorschrift sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige oder vergleichbar Nahestehende das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. ¹⁴Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. ¹⁵Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. ¹⁶Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe

Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt. ¹⁷§ 45c Absatz 7 Satz 5 gilt entsprechend. ¹⁸Im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe können auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	3
III. Inhalt der Vorschrift im Einzelnen	4

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 30 PflegeWEG eingefügt. Sie war bereits im RegE (BT-Drs. 16/7439 zu Nr. 30) enthalten und wurde im Gesetzgebungsverfahren nicht geändert. Durch Art. 1 Nr. 19 PNG wurden die Abs. 1 und 2 geändert.
- 2 Durch das PSG II wurde der Inhalt des Abs. 1 aF, also die Förderung ehrenamtlicher Strukturen aus Mitteln des Ausgleichsfonds, in § 45c integriert. § 45d wurde damit auf die Förderung der Selbsthilfe konzentriert, für die seit dem PNG eigenständige Fördermittel der Pflegeversicherung bereitgestellt werden.
- 2a Mit Wirkung ab 1.1.2019 wurde der Betrag nach S. 1 von 0,10 EUR auf 0,15 EUR und der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung von zuvor 50 % auf 75 % erhöht sowie die Norm insgesamt ergänzt (S. 3–11) und dadurch umgestellt (Art. 11 Nr. 11 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG vom 11.12.2018, BGBl. I 2394). Im Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 19/4453, 35, 102 f.) war ursprünglich nur eine redaktionelle Ergänzung des Begriffs der Angehörigen um den der vergleichbar Nahestehenden vorgesehen. Die weiteren Änderungen insbesondere zur Finanzierung und Einführung des Gründungszuschusses sowie der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten wurden erst durch die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit eingebracht (BT-Drs. 19/5593, 81 ff., 131 f.).
- 2b S. 18 wurde mit Wirkung ab 9.6.2021 eingefügt durch Art. 5 Nr. 11c des Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPfMG vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309). Die Änderung ist erst durch die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit aufgenommen worden (BT-Drs. 19/29384, 107).

II. Normzweck

- 3 Die Vorschrift dient der Förderung der Selbsthilfe. Seit dem PNG steht dafür ein **eigenständiges Budget** in Höhe von anfangs 0,10 EUR, seit 2019 0,15 EUR pro versicherter Person zur Verfügung. Dadurch soll die **Bedeutung der Selbsthilfe** unterstrichen werden. Aufgrund der Änderung durch das PSG II werden neben den Pflegebedürftigen selbst sowie deren Angehörigen nun auch vergleichbar Nahestehende ausdrücklich als zu unterstützende Zielgruppe benannt.
- 3a Durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG wurden mWz 1.1.2019 neben der Erhöhung der Mittel der Pflegeversicherung zusätzlich zur generellen Förderung der Selbsthilfe nach S. 1 u. 2 zwei weitere Förderkategorien eingeführt: Die **Gründungszuschüsse** nach S. 3 u. 4 sowie die Förderung **bundesweiter** Selbsthilfetätigkeiten nach S. 6–12. Dies soll der Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege dienen (BT-Drs. 19/5593, 131). Durch die gesonderte Regelung der Gründungszuschüsse soll die Förderung bei einer Neugründung vereinfacht und das Bewilligungsverfahren beschleunigt werden. Die besondere

Regelung zur Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeit soll der Tatsache Rechnung tragen, dass diese übergeordnete Tätigkeit keinem bestimmten Bundesland und keiner bestimmten kommunalen Gebietskörperschaft zugeordnet werden kann (BT-Drs. 19/5593, 132).

Durch S. 18 soll klargestellt werden, dass bei der Förderung der Selbsthilfe in der Pflege auch **digitale Anwendungen** berücksichtigt werden können, soweit Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet sind (BT-Drs. 19/29384, 172, 192). **3b**

III. Inhalt der Vorschrift im Einzelnen

Das Budget dient der Förderung und dem Auf- und Ausbau von **Selbsthilfegruppen** iSv S. 13, **Selbsthilfeorganisationen** iSv S. 14 und **Selbsthilfekontaktstellen** iSv S. 15. Die Norm enthält zu den drei Kategorien in den S. 13–15 jeweils eigene **Legaldefinitionen**. **4**

Die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren sind grundsätzlich entsprechend anzuwenden, vgl. S. 5. Auch in Bezug auf die Selbsthilfe soll die Steuerung der Förderung grundsätzlich durch Länder und Kommunen erfolgen. Die **Empfehlungen** nach § 45c **Abs. 7** müssen die Förderungsmöglichkeiten nach § 45d mit einbeziehen (vgl. die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. in der Fassung vom 20.12.2021, veröffentlicht über den GKV-Spitzenverband unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richtlinien_und_bundesempfehlungen/2022_01_28_Pflege_Empfehlung_vern_45c_Abs_7_SGB_XI.pdf). **5**

Von der allgemeinen Förderung der Selbsthilfe nach S. 1 u. 2 zu unterscheiden sind die beiden besonderen Förderkategorien: Die Gründungszuschüsse nach S. 3–4 sowie die Förderung bundesweiter Selbsthilfetätigkeiten nach S. 6–12. Sie unterscheiden sich jeweils sowohl hinsichtlich der **Förderziele**, des **Fördervolumens** als auch hinsichtlich des **Verfahrens** sowie der Frage der **Mitfinanzierung** durch die Länder oder Kommunen. Letztere ist nur bei der allgemeinen Förderung der Selbsthilfe nach S. 1 u. 2 erforderlich. **6**

Bei Einführung der Norm existierten die beiden besonderen Förderkategorien der Gründungszuschüsse nach S. 3 u. 4 sowie die Förderung bundesweiter Selbsthilfetätigkeiten nach S. 6–12 noch nicht. Außerdem sollte – wie im Rahmen des § 45c – der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung jeweils in gleicher Höhe gewährt werden wie der Zuschuss des Landes oder der Kommune. Zur zweifelhaften verfassungsrechtlichen Zulässigkeit vgl. → § 45c Rn. 6. **7**

Die Anhebung des Zuschusses aus Mitteln der Pflegeversicherung auf 75 % erfolgte erst mWz 1.1.2019 (Art. 11 Nr. 11 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG vom 11.12.2018, BGBl. I 2394) und dient der **Verstärkung des Engagements** im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege. Hintergrund war, dass die Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Selbsthilfe in den Bundesländern in sehr unterschiedlichem Maße und in manchen Bundesländern gar nicht abgerufen wurden. Im Hinblick auf die **Bedeutung der Selbsthilfe**, insbesondere zur Unterstützung und Information der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, sollte eine **bessere Ausnutzung der zur Verfügung gestellten Mittel** durch die Erhöhung des Zuschusses erreicht werden (BT-Drs. 19/5593, 131). **8**

Bei der ursprünglichen Zuschussgewährung in Höhe von 50 % durch die Pflegeversicherung und 50 % von Land oder kommunaler Gebietskörperschaft ergab sich insgesamt ein Gesamtfördervolumen von rund 16 Milo. EUR im Kalenderjahr (BT-Drs. 19/5593, 131). Um dieses Gesamtfördervolumen aufrechtzuerhalten erfolgte zugleich die Erhöhung der nach S. 1 zur Verfügung gestellten Mittel von 0,10 EUR **9**

auf 0,15 EUR je Versichertem, so dass die Pflegeversicherung anstelle von zuvor rund 8 Mio. EUR seitdem insgesamt maximal **rund 12 Mio. EUR im Jahr** für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zur Verfügung stellt (BT-Drs. 19/5593, 131). Wie bisher beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen an dieser Förderung mit insgesamt 10 % des Fördervolumens (BT-Drs. 19/5593, 131). Die Fördermittel werden unverändert nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt.

- 10 Der **Gründungszuschuss** nach S. 3 u. 4 soll die Förderung bei einer Neugründung vereinfachen und das Bewilligungsverfahren beschleunigen, weshalb die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen die Gründungszuschüsse unmittelbar beim **Spitzenverband Bund** der Pflegekassen beantragen (BT-Drs. 19/5593, 132). Die Höhe ist auf maximal 0,01 EUR je versicherter Person aus den Mitteln nach S. 1 begrenzt. Dabei bedarf es – im Unterschied zur generellen Förderung nach S. 1 u. 2 – **keiner Mitfinanzierung** durch Länder oder Kommunen. Das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den **Empfehlungen** nach § 45c Abs. 7 festgelegt.
- 11 Die besondere Förderung **bundesweiter Selbsthilfetätigkeiten** nach S. 6–12 wurde ebenfalls mit Wirkung ab 1.1.2019 eingeführt (Art. 11 Nr. 11 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG vom 11.12.2018, BGBl. I 2394), weil die bundesweite Tätigkeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen keinem bestimmten Bundesland und keiner bestimmten kommunalen Gebietskörperschaft zugeordnet werden kann und sich deren Förderung nach § 45d daher schwierig gestaltete. Deshalb wurde die neue Förderung durch den **Spitzenverband Bund** der Pflegekassen eingeführt, **ohne** dass es einer **Mitfinanzierung** durch ein Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Bewilligung der Förderung aus den gem. S. 6 u. 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, bei dem die Förderung unmittelbar zu beantragen ist, kann dabei jeweils für einen **Zeitraum von bis zu fünf Jahren** erfolgen, um den bundesweit tätigen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen insoweit **Planungssicherheit** zu geben (BT-Drs. 19/5593, 132).
- 12 S. 16 soll eine **Doppelförderung** durch Pflegekasse und Krankenkasse **ausschließen**.
- 13 Die **Verordnungsermächtigung** der Landesregierungen ergibt sich aus dem Verweis in S. 17 auf die entsprechende Anwendung des § 45c Abs. 7 S. 5.

Sechster Abschnitt. Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

§ 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

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

und dem Einzug erfolgen. ⁵Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Allgemeines	3
IV. Voraussetzungen, Konkurrenzen	5

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 20 PNG mWv 30.10.2012 eingefügt. Sie war bereits im RegE (BT-Drs. 17/9369, 42 zu Nr. 19) enthalten und wurde im Gesetzgebungsverfahren nicht geändert. Im PSG I mWv 1.1.2015 wurde in Abs. 1 S. 4 eingefügt. In Abs. 2 S. 2 wurde die ursprüngliche Befristung gestrichen.

Mit Wirkung ab 1.1.2020 wurde in Abs. 2 S. 2 die vorherige Bezeichnung „Bundesversicherungsamt“ in „Bundesamt für Soziale Sicherung“ abgeändert (Art. 39 Nr. 10 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019, BGBl. I 2652). Hintergrund ist die entsprechende Umbenennung des Bundesamtes, die dem gewachsenen Aufgabenspektrum durch die Reform der Sozialen Entschädigung Rechnung tragen soll (BT-Drs. 19/13824, 256, 266).

II. Normzweck

Mit § 45e verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die Neugründung von ambulanten Wohngemeinschaften von Pflegebedürftigen, die die Anspruchsvoraussetzungen des § 38a erfüllen, zu forcieren. Zu diesem Zweck wird ein Budget von 30 Mio. EUR bereitgestellt. Hieraus sollen – zusätzlich zum Wohngruppenzuschlag nach § 38a sowie zur Förderung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 – pro Pflegebedürftigen einmalig 2.500 EUR bis zu einem Höchstbetrag pro Wohngruppe von 10.000 EUR zur Verfügung gestellt werden. Bei jeweils vier Pflegebedürftigen in einer Wohngruppe könnten aus dem Budget 3.000 neue Wohngruppen gefördert werden. Die Fördermittel sollen für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung der Wohngruppe zusätzlich zu dem Betrag, der den Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 zusteht, verwandt werden.

III. Allgemeines

Die Anschubfinanzierung kann nur von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden, die die Anspruchsvoraussetzungen des § 38a erfüllen. Das heißt es müssen mindestens drei Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung mit insge-

samt höchstens zwölf Personen wohnen, Pflegesachleistungen und/oder Pflegegeld bzw. Leistungen nach § 45b beziehen; zusätzlich muss in der Wohngruppe eine Präsenzkraft tätig sein. Die konkrete Organisation des gemeinschaftlichen Wohnens und der pflegerischen Versorgung darf zudem nicht einer stationären Versorgung entsprechen; vgl. hierzu → § 38a Rn. 11 f. Der Anspruch auf Anschubfinanzierung besteht nur für Wohngruppen, die neu gegründet werden (zur Antragsfrist → Rn. 5). Er endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekasse und dem Verband der privaten Krankenversicherung mitteilt, dass das für die Anschubfinanzierung bereit gestellte Gesamtbudget von 30 Mio. EUR ausgeschöpft ist; die ursprüngliche Befristung bis Ende des Jahres 2015 wurde im PSG I gestrichen.

- 4 Die Ausgaben der Pflegeversicherung zur Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen betrugen 2013 nur 0,19 Mio. EUR. 2014 stiegen sie auf 0,46 Mio. EUR und fielen 2015 wieder leicht auf 0,44 Mio. EUR (vgl. Sechster Pflegebericht der Bundesregierung, 2016, S. 84; im Siebten Pflegebericht zum Zeitraum von 2016 bis 2019 sind dazu keine Angaben enthalten; der achte Pflegebericht ist für 2024 angekündigt). Die Anschubfinanzierung sei wenig bekannt und werde daher kaum in Anspruch genommen. Um die Inanspruchnahme zu fördern, wurden mit dem PSG I Erleichterungen eingeführt, indem die ursprüngliche Befristung gestrichen wurde und nach Abs. 1 S. 4 die Umbaumaßnahmen auch schon vor Gründung der ambulanten Wohngruppe vorgenommen werden können, ohne dass der Anspruch verloren geht.

IV. Voraussetzungen, Konkurrenzen

- 5 Förderfähig ist nur die **Umgestaltung von bestehendem Wohnraum** (Rundschreiben § 45e Ziff. 2, Abs. 3). Die Fördermittel sind zweckgebunden für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der von einer Wohngruppe bewohnten Wohnung zu verwenden. Im Vordergrund steht die bauliche Verbesserung der Nutzung der Wohnung durch pflegebedürftige Menschen allgemein; die konkrete Verbesserung der Pflegesituation des Betroffenen ist dagegen nicht maßgebend; insoweit unterscheidet sich § 45e von § 40 Abs. 4. Zwischen beiden Leistungsarten besteht daher auch kein Vorrang- Nachrangverhältnis. Für die Antragstellung setzt Abs. 1 S. 3 eine **Frist von einem Jahr** nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen. Da die Vorschrift am 30.10.2012 in Kraft trat, waren auch Mitglieder von Wohngruppen, die innerhalb der Jahresfrist vor diesem Zeitpunkt gegründet wurden, antragsbefugt. Die Anspruchsvoraussetzung „Gründung einer Wohngruppe“ setzt nicht voraus, dass die Mitglieder der Wohngruppe zeitgleich die gemeinsame Wohnung beziehen. Möglich ist auch, dass der erforderliche Anspruch auf Leistungen nach § 38a bei den Mitgliedern der Wohngruppe zeitlich sukzessive eintritt.
- 6 Die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen steht allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1–5 offen, soweit sie die Voraussetzungen erfüllen, also insbesondere Anspruch auf die Leistungen nach § 38a haben und an der gemeinsamen Gründung der Wohngruppe beteiligt sind. Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 ist hinsichtlich des Anspruchs auf die Leistungen nach § 38a eine Besonderheit zu beachten. An sich setzt ein Anspruch auf Leistungen nach § 38a den tatsächlichen Bezug von Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b voraus. Das bloße Bestehen der Ansprüche ohne eine tatsächliche Inanspruchnahme genügt nicht. Da Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 von den in § 38a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 genannten Leistungen nur der Entlastungsbetrag gem. § 45b Abs. 1 S. 1 zusteht, gilt nach der durch das PSG III ergänzten Fassung von § 28a Abs. 1 Nr. 3 der § 38a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 nicht. Daher können sie den Wohngruppenzuschlag und daran anknüpfend auch die Anschubfi-

finanzierung zur Gründung einer Wohngruppe auch dann beanspruchen, wenn sie den Entlastungsbetrag nicht beziehen oder diesen ansparen.

§ 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Im Einzelnen	3

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 20 PNG mWv 30.10.2012 eingefügt. Sie ¹war bereits im RegE (BT-Drs. 17/9369, 42 zu Nr. 19) enthalten und wurde im Gesetzgebungsverfahren nicht geändert.

II. Normzweck

Nach § 8 Abs. 3 kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Maßnahmen ²zur Entwicklung neuer Versorgungsformen mit 5 Mio. EUR im Kalenderjahr fördern. Daran schließt § 45f an. Der Gesetzgeber will mit dem zusätzlichen Gesamtbetrag von 10 Mio. EUR die wissenschaftlich begleitete Entwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen fördern. Er geht von der Erkenntnis aus, dass viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei einer stationären Versorgung eine zu starke Unterordnung in institutionalisierte Strukturen befürchten, die einem selbstbestimmten Leben entgegenstehen. Benötigt würden Angebote, die über die Versorgungsmöglichkeiten in Wohngemeinschaften hinausgingen, ohne das Ausmaß einer Vollversorgung im Pflegeheim zu erreichen. Insofern bedürfe es „ambulantisierter Betreuungsformen, die bewohnerorientiert vor hochprofessionellem, institutionengeschütztem Hintergrund modulhaft individuelle Versorgung anbieten, die bedarfsweise in Anspruch genommen werden könne“ (Begr. des RegE, BT-Drs. 17/9369, 43). Angesprochen werden sowohl Träger bestehender stationärer Einrichtungen als auch andere „geeignete“ Träger sowie „die Wissenschaft“, die überzeugende Konzepte entwickeln soll.

III. Im Einzelnen

Die Vorschrift lässt offen, wer und nach welchen Prinzipien die Fördermittel ³vergeben werden. Insoweit wird umfassend auf § 8 Abs. 3 verwiesen, wonach der

Spitzenverband Bund der Pflegekassen Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren kann. Nach § 8 Abs. 3 S. 7 bestimmt der Spitzenverband Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Er ist verpflichtet, die Modellvorhaben mit dem BMG abzustimmen. Einrichtungen, die bereits entsprechende Fördermittel, etwa nach § 8 Abs. 3 erhalten haben, sind von der Förderung nach § 45f ausgeschlossen (Abs. 2 S. 1).

- 4 Der GKV-Spitzenverband führte unter wissenschaftlicher Begleitung ein Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f durch, an dem im Zeitraum von 2015–2018 insgesamt 53 Projekte teilnahmen. Die Ergebnisse stehen auf den Seiten des GKV-Spitzenverbandes zur Verfügung (https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/pflege_modellprojekte_45f.jsp). Insgesamt zeigte sich eine Vielfalt an Möglichkeiten „zwischen ambulant und stationär“ und eine hohe Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen mit den neuen Wohnformen. Entwicklungsbedarf bestehe noch hinsichtlich der sozialen Einbindung und damit der Teilhabemöglichkeiten. Der überwiegende Teil der Projekte ist in die Regelversorgung übergegangen. Dies zeige, dass auch unter den gegenwärtigen gesetzlichen Bedingungen ein großer Spielraum für innovative Projekte und ihre nachhaltige Umsetzung besteht. Die vergleichsweise etwas höheren Kosten und höheren Eigenanteile wurden von einigen Pflegebedürftigen kritisch gesehen. Das Angebot neuer Wohnformen dürfe nicht nur auf eine gut informierte und finanziell gut ausgestattete Mittelschicht ausgerichtet sein (vgl. GKV-Spitzenverband, Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f, Zusammenfassende Bewertung der Forschungsstelle Pflegeversicherung, S. 13 f.).

Fünftes Kapitel. Organisation

Vorbemerkungen zu §§ 46 bis 53d

I. Organisation der sozialen Pflegeversicherung

Das Fünfte Kapitel beinhaltet Vorschriften zu den Regelungskreisen Organisation und Mitgliedschaft. Beide Teilbereiche sind geprägt von einer engen Anbindung an die GKV. Gegenstand der §§ 46–47a und §§ 52 und 53 ist die **grundlegende Organisation** der Pflegekassen und ihrer Spitzenverbände. Die Institutionen der sozialen Pflegeversicherung greifen dabei in unterschiedlicher Weise auf die GKV-Strukturen zurück. Die Pflegekassen entlehnen sich die personelle und sächliche Infrastruktur von den Krankenkassen (§ 46 Abs. 2 S. 2), sind aber als Körperschaften des öffentlichen Rechts verfasst, die über eigene Mittel zur Finanzierung verfügen (§§ 54 ff.). Die Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen werden hingegen vollständig von den Spitzenverbänden der Krankenkassen wahrgenommen (§ 52 Abs. 1 S. 1 und § 53 S. 1), da in der sozialen Pflegeversicherung hierfür keine eigenen Rechtssubjekte geschaffen wurden. §§ 53c und 53d befassen sich in einem eigenen Abschnitt mit den Medizinischen Diensten. Dass die Richtlinienkompetenzen in §§ 53a und 53b über unabhängige Gutachter und zusätzliche Betreuungskräfte in stationären Einrichtungen im Fünften Kapitel enthalten sind, ist damit zu erklären, dass auch die Organisationsnorm für den zuständigen Spitzenverband Bund (§ 53) hier geregelt ist. 1

II. Sachliche und zeitliche Zuordnung

Die weiteren Bestimmungen des Kapitels (§§ 48–51) betreffen die sachliche und zeitliche Zuordnung der Versicherten zu einer Pflegekasse. Geregelt werden **Zuständigkeit und Mitgliedschaft** in der sozialen Pflegeversicherung (§§ 48 und 49) sowie Melde- und Auskunftspflichten, §§ 50 und 51. Diese Vorschriften stehen in engem Zusammenhang mit den Bestimmungen des Dritten Kapitels zur Versicherungspflicht (§§ 20–27). §§ 48 und 49 gleichen in der sozialen Pflegeversicherung die Regelungen für Mitgliedschaft und Zuständigkeit weitgehend an die GKV-Bestimmungen an oder verweisen auf diese. Eigenständige Vorgaben mussten nur für die Personen festgelegt werden, die zwar in der sozialen Pflegeversicherung, nicht aber in der GKV Mitglied sind. In der privaten Pflegeversicherung ergeben sich Mitgliedschaft und Zuständigkeit aus dem jeweiligen privaten Pflegeversicherungsverhältnis. Die **Melde- und Auskunftspflichten** ergänzen die melderechtlichen Vorgaben von SGB III, IV, V sowie des KVLG 1989 und sollen die Versicherungspflicht in der gesamten Pflegeversicherung durchsetzen. Meldepflichten bestehen daher nicht nur in der sozialen Pflegeversicherung (§ 50), sondern auch in der privaten Pflegeversicherung (§ 51). Als Sanktion können Bußgelder gem. § 121 verhängt werden. 2

Erster Abschnitt. Träger der Pflegeversicherung

§ 46 Pflegekassen

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

³Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung führt die Pflegeversicherung für die Versicherten durch.

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

(3) ¹Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen auf Grund dieses Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 3 Prozent des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet; dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 5 und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18c Absatz 5 zu vermindern. ²Bei der Berechnung der Erstattung sind die Beitragseinnahmen um die Beitragseinnahmen zu vermindern, die dazu bestimmt sind, nach § 135 dem Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung zugeführt zu werden. ³Der Gesamtbetrag der nach Satz 1 zu erstattenden Verwaltungskosten aller Krankenkassen ist nach dem tatsächlich entstehenden Aufwand (Beitrags-einzug/Leistungsgewährung) auf die Krankenkassen zu verteilen. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt das Nähere über die Verteilung. ⁵Außerdem übernehmen die Pflegekassen 50 vom Hundert der umlagefinanzierten Kosten des Medizinischen Dienstes. ⁶Personelle Verwaltungskosten, die einer Betriebskrankenkasse von der Pflegekasse erstattet werden, sind an den Arbeitgeber weiterzuleiten, wenn er die Personalkosten der Betriebskrankenkasse nach § 149 Absatz 2 des Fünften Buches trägt. ⁷Der Verwaltungsaufwand in der sozialen Pflegeversicherung ist nach Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu überprüfen.

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

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

(6) ¹Die Aufsicht über die Pflegekassen führen die für die Aufsicht über die Krankenkassen zuständigen Stellen. ²Das Bundesamt für Soziale Sicherung und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der ihrer Aufsicht unterstehenden Pflege-

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Trägerschaft (Abs. 1)	3
IV. Organisation der Pflegekassen (Abs. 2 S. 1–3)	4
V. Verwaltungsakte der sozialen Pflegeversicherung (Abs. 2 S. 4–8)	6
VI. Kostenverteilung (Abs. 3 und 4)	9
VII. Vereinigung, Auflösung und Schließung (Abs. 5)	10
VIII. Aufsicht (Abs. 6 S. 1)	11
IX. Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsprüfung (Abs. 6 S. 2–7)	13

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Abs. 1, 4 und 5 ¹ entsprachen zu diesem Zeitpunkt der Fassung des RegE (§ 42 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 117 f. Abs. 2 und 6 waren im Gesetzgebungsverfahren ergänzt (BT-Drs. 12/7323, 3), Abs. 3 wiederholt geändert worden. Seit Inkrafttreten ist Abs. 1 mehrfach an veränderte Trägerstrukturen angepasst worden. Zuletzt wurde durch Art. 5a SGB IV-ÄndG (vom 19.12.2007, BGBl. I 3024) mWv 1.1.2008 S. 3 wieder angefügt, der durch das GKV-WSG aufgehoben worden war. In Abs. 2 wurden durch Art. 1 Nr. 31 Pflege-WEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008 S. 4 und 5 eingefügt, S. 6 ergänzt durch Art. 1 Nr. 23a PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) mWv 1.1.2016. Abs. 2 S. 7 eingefügt durch Art. 11 Nr. 12 PpSG (vom 11.12.2018 BGBl. I 2394) mWv 1.1.2019. Durch diese Änderungen in Abs. 2 ist der ursprüngliche S. 4 heute S. 8 geworden. Art. 1 Nr. 31 Pflege-WEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008 regelte in Abs. 3 S. 1 die Kostenverteilung für die Pflegeberatung. Die für Strafzahlungen bei verspäteter Bescheidung anfallenden Kosten werden in Abs. 3 S. 1 seit Art. 1 Nr. 21 lit. a PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) mWv 30.10.2012 berücksichtigt; die Verweisnorm wurde geändert auf § 18c Abs. 5 durch Art. 1 Nr. 18 PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023. Der zu erstattende Prozentsatz der Verwaltungskosten wurde gesenkt durch Art. 2 Nr. 30 PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) ab 1.1.2018 und erneut durch Art. 2 Nr. 15 PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.1.2024. Durch Art. 1 Nr. 20 PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) ist mWv

1.1.2015 Abs. 3 S. 2 neu eingefügt worden. Art. 8 Nr. 19 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) änderte Abs. 3 S. 4 (damals S. 3) mWv 1.7.2008 und Abs. 3 S. 5 (zuvor S. 4) mWv 1.4.2007. Abs. 3 S. 5 wurde terminologisch angepasst durch Art. 10 Nr. 11 MDK-ReformG (vom 14.12.2019, BGBl. I 2789) mWv 1.1.2020. Die Änderung der Normen des SGB V, auf die Abs. 3 S. 6 und Abs. 5 verweisen, wurde nachvollzogen durch Art. 10 Nr. 1 und 2 GKV-FKG (vom 22.3.2020 BGBl. I 604) mWv 1.4.2020. Die Zuständigkeit in Abs. 4 und Abs. 6 S. 3 wurde durch mehrere Zuständigkeitsanpassungsverordnungen geändert: vom 29.10.2001 (BGBl. I 2785), vom 25.11.2003 (BGBl. I 2304) und vom 31.10.2006 (BGBl. I 2407). Durch Art. 1 Nr. 21 lit. b PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) ist mWv 30.10.2012 der Prüfungsauftrag in Abs. 6 S. 2, 3 und 5 für die zuständigen Behörden auf die von Pflegekassen gebildeten Arbeitsgemeinschaften erweitert worden. Art. 39 Nr. 10 des G zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019 BGBl. I 2652) passte die Behördenbezeichnung mWv 1.1.2020 an. Abs. 6 S. 6 wurde eingefügt durch Art. 2 GKV-SVSG (vom 21.2.2017, BGBl. I 265) mWv 1.3.2017.

II. Normzweck und Überblick

- 2 § 46 legt die Organisationsstrukturen der Pflegekassen fest. Abs. 1 regelt die Trägerschaft der Pflegekassen für die soziale Pflegeversicherung und ihre Stellung in Bezug auf die Krankenkassen. Die Abs. 2–6 begründen eine umfassende **Verwaltungsleihe** (BSG 7.11.2000 – B 1 A 4/99 R, SozR 3–3300 § 47 Nr. 1 = KrV 2001, 63 = BeckRS 2001, 40454 spricht von **Verwaltungsgemeinschaft**) zwischen Krankenkassen und Pflegekassen, in die die Krankenkassen ihre räumliche, sächliche und persönliche Infrastruktur einbringen. Abs. 2 bestimmt, dass die Pflegekassen auf die Organe der Krankenkassen zurückgreifen, und regelt den Erlass gemeinsamer Beitragsbescheide. Abs. 3 und 4 legen fest, welche Verwaltungskosten die Pflegekassen für die Sachmittel und das Personal zu tragen haben. Abs. 5 enthält Regelungen für die Vereinigung, Auflösung und Schließung einer Pflegekasse. Abs. 6 schließlich befasst sich mit der Rechtsaufsicht über die Pflegekassen.

III. Trägerschaft (Abs. 1)

- 3 Abs. 1 S. 1 weist wie schon § 1 Abs. 3 Hs. 1 die Trägerschaft der sozialen Pflegeversicherung den Pflegekassen zu. Durch gesetzliche Anordnung (Abs. 1 S. 2) wird eine Pflegekasse bei jeder Krankenkasse errichtet. Dies betrifft Krankenkassen aller Arten gem. § 4 Abs. 2 SGB V mit Ausnahme der DRV Knappschaft-Bahn-See (→ Rn. 3a). Pflegekassen sind nach Maßgabe der Abs. 2–6 ausgestaltete rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Daraus folgt, dass Krankenkasse und Pflegekasse ihren Sitz grundsätzlich nicht am gleichen Ort haben müssen (BSG 7.11.2000 – B 1 A 4/99 R, SozR 3–3300 § 47 Nr. 1 = KrV 2001, 63 = BeckRS 2001, 40454). Zu aufsichtsrechtlichen Auswirkungen eines Auseinanderfallens der Sitze von Krankenkasse und Pflegekasse vgl. → Rn. 12 und zu den Rahmenbedingungen für private Pflegekassen § 110.
- 3a Die DRV Knappschaft-Bahn-See führt als Träger der Krankenversicherung nach Abs. 1 S. 3 auch die soziale Pflegeversicherung durch. Das Fehlen einer rechtlich eigenständigen Pflegeversicherung beruht auf der besonderen Konstruktion der DRV Knappschaft-Bahn-See, die neben Krankenversicherung und Pflegeversicherung auch die Rentenversicherung unter einem Dach vereint. Abs. 1 S. 3 war zum 1.4.2007 irrtümlich (BT-Drs. 16/6986, 36, spricht von einem redaktionellen Versehen) gestrichen worden. Nachdem das BSG (18.7.2007 – B 1 A 4/99 R, SozR 4–3300 § 55 Nr. 1 = SGB 2007, 539 = BeckRS 2001, 40454) auf die Folge hingewie-

sen hatte, dass auch bei der DRV Knappschaft-Bahn-See eine rechtlich eigenständige Pflegekasse entstanden war, wurde die Norm zum 1.1.2008 wieder eingeführt. Für das sozialgerichtliche Verfahren folgt daraus, dass in einem Verfahren gegen die DRV Knappschaft-Bahn-See als Träger der Pflegeversicherung oder Krankenversicherung der jeweils andere Versicherungszweig nicht beigeladen werden kann, weil es sich nicht iSd § 75 Abs. 1 S. 1 SGG um einen „anderen“ handelt.

IV. Organisation der Pflegekassen (Abs. 2 S. 1–3)

Pflegekassen sind nach Abs. 2 S. 1 Körperschaften des öffentlichen Rechts und damit Träger eigener Rechte und Pflichten. Sie sind dem Bereich der mittelbaren Staatsverwaltung zuzuordnen, werden in **funktionaler Selbstverwaltung** tätig und im Wege der Rechtsaufsicht staatlich kontrolliert (vgl. Abs. 6, → Rn. 11 ff.). Wie bei Krankenkassen (vgl. BVerfG 9.4.1975 – 2 BvR 879/73, BVerfGE 39, 302 = BeckRS 1975, 105598) gilt, dass Pflegekassen nicht grundrechtsfähig sind, auch nicht hinsichtlich Art. 3 GG. Allerdings können Pflegekassen als Träger mittelbarer Staatsverwaltung sie betreffende Vorschriften des einfachen Gesetzesrechts wegen Verletzung des Willkürverbots mit Erfolg angreifen. Das Willkürverbot gilt innerhalb des hoheitlichen Staatsaufbaus jedenfalls aufgrund des immer zu beachtenden Rechtsstaatsprinzips (BSG 20.5.2014 – B 1 KR 5/14 R, SozR 4–2500 § 268 Nr. 1 = BeckRS 2014, 73025 = Breithaupt 2015, 410 unter Verweis auf BSG 5.10.1993 – 1 BvL 34/81, BVerfGE 89, 132 (141) = BeckRS 1993, 696). Nach Auffassung des BSG ist zudem eine eigene Prüfungscompetenz für die dem Gesetzgeber durch Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG und Art. 87 Abs. 2 GG gesetzten Kompetenzgrenzen hinsichtlich des Rechts auf Selbstverwaltung zuzugestehen, so dass zumindest mittelbar eine gerichtliche Überprüfung des anzuwendenden Rechts am Maßstab des Grundgesetzes erreicht werden kann (BSG 18.5.2021 – B 1 A 2/20 R, BSGE 132, 114 = NZS 2022, 57 (66)).

Die Pflegekassen bedienen sich gem. Abs. 2 S. 2 der Organe der Krankenkassen. Diese **Organleihe** soll nach BT-Drs. 12/5652, 117 zu § 42, ein einheitliches Vorgehen sichern und Reibungsverluste zu den Krankenkassen vermeiden. Die Krankenkasse ist nach Abs. 2 S. 3 auch Arbeitgeber bzw. Dienstherr der für ihre Pflegekasse tätigen Angestellten und Beamten. Daraus folgt, dass die Pflegekassen zur Erfüllung ihrer Aufgaben grds. **keine eigenständigen Arbeits- und Dienstverhältnisse** begründen dürfen und für (entlehene) Beschäftigte auch keine gesonderte Vergütung für die Tätigkeit in der sozialen Pflegeversicherung festsetzen können (BayLSG 28.1.1998 – L 2 U 344/96, BeckRS 1998, 154852). Über diese personelle Identität hinaus nutzen die Pflegekassen auch die sächliche und räumliche Infrastruktur der Krankenkassen (BT-Drs. 12/5652, 117 zu § 42). Dabei bleiben die Rechtsträger Pflegekasse und Krankenkasse finanziell streng getrennt. So kann eine Pflegekasse zB nicht aus eigenem Recht auf das Vermögen ihrer Krankenkasse zugreifen (BSG 15.11.2007 – B 3 A 1/07 R, SozR 4–2500 § 33 Nr. 16 = SGB 2008, 19 = BeckRS 2008, 51128, vgl. auch § 260 Abs. 1 Nr. 1 Hs. 2 SGB V).

Die Träger der sozialen Pflegeversicherung können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben **anderer Formen und Träger** öffentlicher Verwaltung bedienen. Die Bildung örtlicher und regionaler Arbeitsgemeinschaften zwischen Pflegekassen wird durch die Soll-Vorschrift in § 12 Abs. 1 S. 3 und 4 gesetzgeberisch gefordert. Die Arbeitsgemeinschaften handeln dabei idR nicht aus eigenem Recht, sondern im Auftrag der Pflegekassen bzw. ihrer Verbände (BSG 18.5.2011 – B 3 P 5/10 R, SozR 4–3300 § 71 Nr. 2 = BeckRS 2011, 75545 = SGB 2012, 484). Daneben können unter den Voraussetzungen des § 88 SGB X auch Leistungsträger und Verbände mit Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung betraut werden. Unzulässig ist die **Aufgabenübertragung an private Dritte**. Eine Vorschrift wie § 197b SGB V für

die GKV existiert im SGB XI nicht. § 197b SGB V ist auch nicht entsprechend anwendbar (BSG 30.8.2023 – B 3 A 1/22 R, BeckRS 2023, 38007; 27.10.2023 – B 3 A 1/22 R, BeckRS 2023, 35769).

V. Verwaltungsakte der sozialen Pflegeversicherung (Abs. 2 S. 4–8)

- 6 Das Verwaltungsverfahren der sozialen Pflegeversicherung und damit auch der Erlass von Verwaltungsakten richtet sich gem. Abs. 2 S. 8 nach den allgemeinen Vorschriften des 1. Kapitels des SGB X (§§ 1–66 SGB X, dort insbesondere §§ 33 ff. SGB X). Die explizite Anordnung in S. 8 ist erforderlich, um auch landesunmittelbare Pflegekassen auf die Anwendung des SGB X festzulegen, vgl. § 1 Abs. 1 S. 2 SGB X. Für Bescheide der Träger der sozialen Pflegeversicherung gilt generell, dass **die Pflegekasse eindeutig als Urheber erkennbar** sein muss (BSG 28.5.2008 – B 12 P 3/06 R, SozR 4–3300 § 26 Nr. 1 = Die Beiträge 2009, 9 ff. = NZS 2009, 284 mAnm Trenk-Hinterberger jurisPR-SozR 6/2009 Anm. 4). Für die Zeit kurz nach Einführung der sozialen Pflegeversicherung stellte das BSG geringere Anforderungen an die Erkennbarkeit des erlassenden Rechtsträgers und hielt für noch ausreichend, dass die Pflegekasse sachlich zuständig und daher nicht zweifelhaft war, dass die Bescheide von ihr stammten (BSG 6.11.1997 – 12 RP 1/96, BSGE 81, 168 = SozR 3–3300 § 20 Nr. 2 = BeckRS 1997, 30002370). In einer späteren Entscheidung dehnte das BSG diese Übergangszeit für Bescheide bis 1999 aus (BSG 28.5.2008 – B 12 P 3/06 R, SozR 4–3300 § 26 Nr. 1 = NZS 2009, 284). Den Trägern der GKV wurde dadurch Zeit gegeben, sich auf die mit der sozialen Pflegeversicherung neu eingeführte, ungewöhnliche Organisationsstruktur der Verwaltungsleihe einzustellen.
- 7 Seit Ablauf der Übergangsfrist gilt: Entscheidet statt der Pflegekasse in einer Angelegenheit der sozialen Pflegeversicherung die sachlich **unzuständige Krankenkasse**, ist der Bescheid zwar nicht nichtig, aber rechtswidrig und aufzuheben (BSG 3.9.1998 – B 12 KR 23/97 R, SozR 3–3300 § 20 Nr. 5 = BeckRS 1998, 30023245). Im sozialgerichtlichen Verfahren kann in dieser Konstellation eine Beiladung und ggf. Verurteilung der Pflegekasse nach § 75 Abs. 5 SGG in Betracht kommen. Nicht mehr beizuladen ist der jeweils andere Träger hingegen im Bereich der Hilfsmittel. Hier war in der Vergangenheit die Zuständigkeit aufgrund vielfältiger Abgrenzungsfragen zwischen § 33 SGB V und § 40 SGB XI häufig schwierig zu bestimmen (exemplarisch: BSG 15.11.2007 – B 3 A 1/07 R, BSGE 99, 197 = SozR 4–2500 § 33 Nr. 16 = SGb 2008, 19 = BeckRS 2008, 51128). Die Gefahr der Entscheidung durch den unzuständigen Träger ist seit der Änderung des § 40 Abs. 5 S. 1 zum 1.1.2012 vermindert. Nunmehr entscheidet der erstangegangene Träger mit bindender Wirkung für den jeweils anderen nach dessen Recht. Einer Beiladung bedarf es daher nicht mehr (BSG 16.7.2014 – B 3 KR 1/14 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 11 = NZS 2014, 902).
- 8 Durch das PflegeWEG wurde zum 1.7.2008 mit Abs. 2 S. 4 die Grundlage für die schon zuvor gängige Praxis geschaffen, **für Selbstzahler die Beiträge zur GKV und sozialen Pflegeversicherung** in einem Bescheid festzusetzen. Der Bescheid der Krankenkasse muss den Hinweis darauf enthalten, dass er hinsichtlich des Beitrages zur sozialen Pflegeversicherung im Namen der Pflegekasse ergeht, Abs. 2 S. 5. Fehlt dieser Hinweis, sind die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung nicht wirksam festgesetzt. Mit deutlicher Verspätung ist die Regelung durch das PSG II zum 1.1.2016 in Abs. 2 S. 6 für den Fall vervollständigt worden, dass Widerspruch gegen die Beitragsbemessung zur GKV und sozialen Pflegeversicherung erhoben wird. Auch ein gemeinsam erlassener Widerspruchsbescheid muss kenntlich machen, dass er im Namen der Pflegekasse ergangen ist. Die Erstattung zu Unrecht

entrichteter Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung erfolgt nach Abs. 2 S. 7 durch die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist. Damit soll die zuletzt durch BSG 23.5.2017 – B 12 KR 9/16 R, NZS 2017, 780 = BeckRS 2017, 120910 gerügte fehlende Zuständigkeit der Krankenkasse zur Rückerstattung durch einen gemeinsamen Bescheid geschaffen werden (vgl. BT-Drs. 19/4453, 103). Durch die Zuweisung der Zuständigkeit an die Krankenkasse bedarf es dabei keines Hinweises auf die Pflegekasse entsprechend Abs. 2 S. 5.

Keinen Einfluss haben Abs. 2 S. 4–8 auf die Befugnis der Krankenkassen und Träger der Rentenversicherung, als Einzugsstelle für abhängig Beschäftigte bzw. nach Betriebsprüfung auch Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung festzusetzen. § 28h Abs. 2 S. 1 und 4 SGB IV bzw. § 28p Abs. 1 S. 5 SGB IV bilden die Rechtsgrundlage in diesen praxisrelevanten Konstellationen. Auch die Erstattung zu Unrecht erhobener Gesamtsozialversicherungsbeiträge erfolgt, soweit sie auf die soziale Pflegeversicherung entfallen, nach Abs. 2 S. 7 durch die Krankenkasse.

VI. Kostenverteilung (Abs. 3 und 4)

Abs. 3 regelt die Beteiligung der Pflegekassen an den Kosten der Verwaltungsleihe sowie ihren Anteil an der MD-Finanzierung. Die Verwaltungskostenerstattung findet nicht direkt zwischen Pflegekasse und ihrer Krankenkasse statt, sondern erfolgt über den Finanzausgleich gem. § 66. Die von einer Pflegekasse an die zugehörige Krankenkasse **zu erstattenden Verwaltungskosten werden in drei Schritten ermittelt**: Abs. 3 S. 1 Hs. 1 legt zunächst den Gesamtbetrag fest, den alle Pflegekassen zusammen gerechnet an die Krankenkassen zu erstatten haben. Dieser beträgt ab 1.1.2024 pauschal 3,0 % des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitrags-einnahmen. Von den Beitragseinnahmen ist seit 1.1.2015 der auf den Pflegevorsorgefonds entfallende Beitragsanteil abzuziehen (Abs. 3 S. 2). Bis 1.1.2018 betrug der Erstattungswert 3,5 %, danach 3,2 %. Er wurde erneut gesenkt, weil die Höhe der Pauschale mit dem Anstieg der Leistungsausgaben bzw. Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung zwischen 2016 und 2021 um knapp 50 % angewachsen, der tatsächliche Verwaltungskostenaufwand bei den Pflegekassen aber nicht im selben Umfang angestiegen war (BT-Drs. 20/6544, 91).

Nach Abs. 3 S. 3 soll im zweiten Schritt der zu erstattende Gesamtbetrag anhand des **tatsächlichen Aufwandes** der Krankenkassen für Beitragseinzug und Leistungsgewährung auf die einzelnen Krankenkassen verteilt werden. Entgegen dem Wortlaut nimmt die gem. S. 4 erlassene Pflege-Verwaltungskostenbestimmung des GKV-Spitzenverbandes vom 15.12.2020 – wie schon die Vorgängerefassungen – die Kostenverteilung aus verwaltungsökonomischen Gründen jedoch nach einem bestimmten Schlüssel („Bezugswert“) anhand pauschal angesetzter Aufwandswerte der Krankenkassen vor. Von dem so ermittelten, auf die einzelne Pflegekasse entfallenden Erstattungsbetrag werden gem. Abs. 3 S. 1 Hs. 2 (seit 1.7.2008) schließlich die Hälfte der Kosten für die Pflegeberatung gem. § 7a Abs. 4 S. 5 sowie der gesamte Aufwand für Fristüberschreitungen gem. § 18c Abs. 5 abgezogen. Letztgenannte Kosten werden damit wie Verwaltungskosten (der Krankenkassen) behandelt (BT-Drs. 17/9369, 43 zu Nr. 20 zu § 18 Abs. 3c, der zum 1.7.2023 in § 18c Abs. 5 überführt wurde).

Die Pflegekassen tragen nach Abs. 3 S. 5 über die Verwaltungskostenerstattung hinaus 50 % der Kosten des Medizinischen Dienstes, mWv 1.4.2007 durch das GKV-WSG beschränkt auf den umlagefinanzierten Teil, vgl. § 281 Abs. 1 S. 1 und 5 SGB V. Zu Abs. 3 S. 6 vgl. Hauck/Noftz § 46 SGB XI Rn. 12c. In Folge der Prüfung nach Abs. 3 S. 7 im Jahr 1996 ist keine Verordnung nach Abs. 4 erlassen worden. Nach der einmaligen Überprüfung hat es keine weitere Erhebung zur Angemessenheit der Verwaltungskostenerstattung mehr gegeben (BT-Drs. 18/2210, 45). Der Gesetzgeber hat Änderungen bei der Verwaltungskostenerstattung nicht durch

Rechtsverordnung, sondern unmittelbar durch Anpassung des Abs. 3 vorgenommen. Abs. 3 S. 7 und Abs. 4 sollten gestrichen werden, zumal der Verweis in Abs. 4 auf Abs. 3 S. 6 schon seit 2015 nicht mehr zutrifft.

VII. Vereinigung, Auflösung und Schließung (Abs. 5)

- 10 Abs. 5 verweist für die Vereinigung, Auflösung und Schließung von Pflegekassen (nicht: Errichtung, hierfür gilt § 46 Abs. 1) auf §§ 143–170 SGB V. Die entsprechende Anwendung der GKV-Vorschriften ist Folge der **untrennbaren Anbindung** der Pflegekasse an die jeweilige Krankenkasse. Entsprechende Änderungen bei einer Krankenkasse stellen sich zwingend auch bei der zugehörigen Pflegekasse ein, vgl. Hebler NZS 2008, 238 ff. Gegen eine Schließungsverfügung der Aufsichtsbehörde steht den betroffenen Arbeitnehmern der Krankenkasse kein Klage-recht zu (BSG 12.3.2013 – B 1 A 1/12 R, SozR 4–1500 § 54 Nr. 32 = NZS 2013, 581).

VIII. Aufsicht (Abs. 6 S. 1)

- 11 Pflegekassen unterliegen der Rechtsaufsicht, die sich gem. § 87 Abs. 1 S. 2 SGB IV auf die Beachtung des maßgeblichen Gesetzes und sonstigen Rechts erstreckt. Den Pflegekassen ist bei Ihrer Tätigkeit ein aus dem Selbstverwaltungsrecht fließender gewisser **Beurteilungsspielraum** zu belassen, der je nach rechtlichem Rahmen unterschiedlich weit sein kann. Der Beurteilungsspielraum endet, wenn die Pflegekasse gegen allg. anerkannte Bewertungsmaßstäbe verstoßen hat, die ihn einengen. Bewegt sich das Handeln oder Unterlassen der Pflegekasse im Bereich des rechtlich noch Vertretbaren, darf die Aufsichtsbehörde ihre Rechtsauffassung nicht an die Stelle der beaufsichtigten Pflegekasse setzen (vgl. BSG 22.3.2005 – B 1 A 1/03 R, BSGE 94, 221 = SozR 4–2400 § 89 Nr. 3 = BeckRS 2005, 42047). **Maßnahmen der Rechtsaufsicht** werden grds. durch Verwaltungsakt (BSG 22.3.2005 – B 1 A 1/03 R, BSGE 94, 221 = SozR 4–2400 § 89 Nr. 3 = BeckRS 2005, 42047) angeordnet und vollzogen, es sind aber auch Realakte denkbar. Soweit ein Verwaltungsakt der Rechtsaufsicht angegriffen wird, kann Aufichtsklage gem. § 54 Abs. 3 SGG erhoben werden (BSG 8.10.2019 – B 1 A 3/19 R, BSGE 129, 156 = SozR 4–2500 § 11 Nr. 6 = BeckRS 2019, 34377). Vorstandsmitglieder sind nicht aus eigenem Recht klagebefugt, BSG 14.2.2007 – B 1 A 3/06 R, BSGE 98, 129 = SozR 4–2400 § 35a Nr. 1 = BeckRS 2007, 46379. Erstinstanzlich zuständig sind die Landessozialgerichte gem. § 29 Abs. 2 Nr. 2 SGG. Eines Vorverfahrens bedarf es gem. § 78 SGG regelmäßig nicht. Die Klage hat grds. aufschiebende Wirkung; dies gilt aber nicht, wenn in der Maßnahme nur die kraft Gesetzes eintretende Rechtsfolge festgestellt wird (zB die Zuständigkeit für die Rechtsaufsicht, BSG 10.3.2015 – B 1 A 10/13 R, BSGE 118, 137 = SozR 4–2400 § 90 Nr. 1 = BeckRS 2015, 68256).
- 12 Zuständig ist die Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse (Abs. 6 S. 1, vgl. auch BSG 15.11.2007 – B 3 A 1/07 R, SozR 4–2500 § 33 Nr. 16 = SGB 2008, 19 = BeckRS 2008, 51128). Bundesunmittelbare Pflegekassen (Art. 87 Abs. 2 S. 1 GG) unterliegen der Aufsicht des **Bundesamts für Soziale Sicherung**, landesunmittelbare Pflegekassen, dh vorwiegend die bei den AOKen errichteten Pflegekassen, der Aufsicht durch die oberste Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes. Bei bundesunmittelbaren Pflegekassen ist es daher aus aufsichtsrechtlicher Sicht unproblematisch, wenn Krankenkasse und Pflegekasse ihren Sitz in unterschiedlichen Bundesländern haben (vgl. → Rn. 3). Im Zuge der Fusion landesunmittelbarer Krankenkassen und Pflegekassen wurde teilweise der Sitz der Krankenkasse in ein anderes

Bundesland gelegt als der Sitz ihrer Pflegekasse. Hier ist – zB im Falle der AOK Nordost – der durch Art. 87 Abs. 2 S. 2 GG legitimierte Fall eingetreten, dass die von den Bundesländern bestimmte Behörde eines Bundeslandes die Aufsicht über eine Pflegekasse führt, die ihren Sitz in einem anderen Bundesland hat.

Die von den Pflegekassen gebildeten **Arbeitsgemeinschaften** (vgl. § 12 Abs. 1 S. 3 und 4) sind nicht in Abs. 6 S. 1 erwähnt. Es verbleibt bei den Regelungen der §§ 94 Abs. 2 Hs. 1 und 2 SGB X, sodass die Behebung von Rechtsverletzungen mangels Verweis des § 94 Abs. 2 SGB X auf § 89 SGB IV nicht von der zuständigen Aufsichtsbehörde durch Verwaltungsakt durchgesetzt werden kann (hierzu Sichert NZS 2013, 129 ff., vgl. BT-Drs. 9/1753, 43 zu § 95 zu den Gründen der Regelung). Je nach Fallgestaltung können aber uU die Mitgliedskassen durch Bescheid verpflichtet werden, die Durchsetzung von Prüf- und Informationsrechten der für die Arbeitsgemeinschaft zuständigen Aufsichtsbehörde sicherzustellen (vgl. BSG 8.10.2019 – B 1 A 1/19 R, BSGE 129, 135 = BeckRS 2019, 34279). Zur Aufsicht über die Landesverbände und den Spitzenverband Bund vgl. §§ 52, 53.

IX. Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsprüfung (Abs. 6 S. 2–7)

Die Geschäftsprüfung ist Bestandteil der Rechtsaufsicht. Sie ergänzt die nach § 47 Abs. 1 Nr. 6 erforderliche Eigenprüfung und wird für die bundesunmittelbaren Pflegekassen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung durchgeführt, **Abs. 6 S. 2**. Für landesunmittelbare Pflegekassen ist die Prüfung von den obersten Verwaltungsbehörden gem. Abs. 6 S. 3 teilweise auf unabhängige Landesprüfungsämter für Sozialversicherung übertragen worden (zB § 7 Abs. 5 BayAGSGB). Eine nach dieser Vorschrift ebenfalls mögliche Übertragung der Zuständigkeit für die Geschäftsprüfung bundesunmittelbarer Pflegekassen vom Bundesamt für Soziale Sicherung auf eine andere Behörde ist durch das BMG nicht erfolgt und erscheint auch nicht sinnvoll.

Die prüfrechtlichen Regelungen des Abs. 6 S. 2–7 entsprechen weitgehend § 274 Abs. 1 S. 1 und 3–6 SGB V, die Parallele betont auch BT-Drs. 17/9369, 44 zu Nr. 20. Die Prüfung im Fünf-Jahres-Turnus hat sich nach Abs. 6 S. 4 auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken und umfasst die Prüfung seiner **Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit** (§ 69 SGB IV). Aus dem Wortlaut der Norm folgt, dass Rechnungsprüfungen auch in einem geringeren Zeitabstand als fünf Jahre durchgeführt werden können. Die Grenzen des Beurteilungsspielraums der Pflegekasse sind auch hier im jeweiligen Einzelfall zu konkretisieren (vgl. Steinmeyer NZS 2013, 361 ff.). Die Pflegekassen haben auf Verlangen nach Maßgabe von Abs. 6 S. 5 alle zur Durchführung der Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Die Prüfstelle kann die Vorlage der Daten in einer bestimmten, auch elektronischen Form verlangen (Abs. 6 S. 6). Dabei sind die Vorgaben von § 78a SGB X zu beachten (BT-Drs. 18/10605, 40). Die Einstufung als für die Prüfung erforderlich obliegt grds. der prüfenden Behörde.

Der fünfjährige Prüfturnus für **Arbeitsgemeinschaften** gilt seit 30.10.2012 auch in der sozialen Pflegeversicherung. Zur Begründung verwies der Gesetzgeber auf die zunehmende Nutzung dieser Handlungsform (BT-Drs. 17/1297, 17 zu Nr. 5 für die GKV; vgl. zur Überprüfung des Handelns einer Arbeitsgemeinschaft der sozialen Pflegeversicherung BSG 18.5.2011 – B 3 P 5/10 R, SozR 4–3300 § 71 Nr. 2 = BeckRS 2011, 75545 = SGB 2012, 484). Zuvor war die Rechnungsprüfung für die Arbeitsgemeinschaften der Pflegekassen nach § 94 SGB X iVm § 88 SGB IV lediglich fakultativ.

Abs. 6 S. 7 iVm § 274 Abs. 2 SGB V erlegt den Pflegekassen die Kosten der Prüfstellen für die Prüfung auf. Die in § 274 Abs. 2 SGB V genannten Stellen haben

hierzu Verwaltungsvorschriften erlassen. Eine Regelung entsprechend § 274 Abs. 3 SGB V ist noch nicht getroffen worden.

- 17 Eine Prüfung durch den Bundesrechnungshof fand in der sozialen Pflegeversicherung lange Zeit nicht statt. Abs. 6 S. 7 verweist nicht auf § 274 Abs. 4 SGB V, so dass ein Prüfrecht für bundesunmittelbare Pflegekassen allenfalls nach §§ 111, 112 BHO und für landesunmittelbare Pflegekassen nach § 55 Abs. 1 S. 1 HGrG in Betracht kommt, wenn diese gesetzlich begründete Zahlungen des Bundes erhalten (vgl. BT-Drs. 16/3100, 170 zur GKV). Bereits geprüft worden sind mehrere nicht trägerbezogene Bundeszuwendungen an die soziale Pflegeversicherung: die pauschalen Leistungen der Krankenkassen an das Pflegestellen-Förderprogramm Altenpflege nach § 8 Abs. 6, die Zahlung von Corona-Prämien und unter dem Pflege-Rettungsschirm (Berichte an den Haushaltsausschuss vom 11.3.2021, IX 1 – 2020 – 0348 bzw. vom 21.10.2022, IX 4 – 2021 – 0661 und vom 5.4.2023, IX 4 – 0001227). Mit der Einführung von Bundeszuschüssen (zB § 61a) wird sich die Prüftätigkeit des Bundesrechnungshofes in Bezug auf die soziale Pflegeversicherung weiter erhöhen.

§ 47 Satzung

(1) Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über:

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

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

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Allgemeines	2
III. Pflichtinhalte (Abs. 1)	3
IV. Wahlinhalte (Abs. 2)	8
V. Genehmigung (Abs. 3)	10

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG idF des RegE (§ 43 RegE) eingeführt worden; vgl. Begr. des RegE S. 118 f. Bisheriger Abs. 1 Nr. 3 gestrichen durch Art. 8 Nr. 20 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) mWv 1.1.2009 (→ R.n. 5), Abs. 2 eingefügt durch Art. 1 Nr. 32 PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008.

II. Normzweck und Allgemeines

§ 47 konkretisiert die allgemeine Pflicht zur Satzungsgebung des § 34 Abs. 1 S. 1 2 SGB IV für die soziale Pflegeversicherung. Die Vorschrift bestimmt in Abs. 1 Pflicht- und in Abs. 2 Wahlinhalte der Satzung einer Pflegekasse. Formal ist neben einem ordnungsgemäßen Beschluss des Verwaltungsrates nach § 33 SGB IV und der Bekanntgabe die Genehmigung durch die nach Abs. 3 zuständige Behörde erforderlich.

III. Pflichtinhalte (Abs. 1)

Abs. 1 Nr. 1–8 legt die **zwingenden Anforderungen** an die Satzung fest. Die 3 Norm ist grundsätzlich § 194 SGB V nachgebildet, wobei im Einzelnen Besonderheiten der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigt wurden.

Die Satzung muss nach Nr. 1 Name und Sitz der Pflegekasse enthalten. Ferner 4 müssen sich aus ihr nach Nr. 2 der Bezirk der Pflegekasse und der Kreis der Mitglieder ergeben. Die örtlichen Festlegungen gem. Nr. 2 sind kongruent mit den entsprechenden Angaben in der Satzung der zugehörigen Krankenkasse und folgen den Regelungen der §§ 143 ff. SGB V. Der Kreis der Mitglieder ergibt sich aus §§ 20, 21, 24–26a.

Organe der Pflegekassen sind der Verwaltungsrat (DRV Knappschaft-Bahn-See 5 und SVLFG: Vertreterversammlung) und der Vorstand der jeweiligen Krankenkasse. Die in der Satzung nach Nr. 3 zu regelnden **Rechte und Pflichten** dieser Organe werden durch §§ 33, 35 und 35a SGB IV vorstrukturiert, wonach der Verwaltungsrat für Satzungsgebung, wesentliche Entscheidungen und Vorstandskontrolle (vgl. auch § 197 SGB V) und der Vorstand für die Führung der laufenden Geschäfte zuständig sind. Diese grundsätzliche Aufgabenbalance zwischen Verwaltungsrat und Vorstand darf nicht durch Satzungsregelungen ausgehöhlt werden. Daher wäre etwa ein pauschaler Genehmigungsvorbehalt für den Abschluss von Verträgen, der faktisch die Durchführung der laufenden Geschäfte auf den Verwaltungsrat überträgt, unzulässig. Die frühere Nr. 3 (Fälligkeit und Zahlung von Beiträgen) ist im Zuge der Einführung des Gesundheitsfonds durch das GKV-WSG zum 1.1.2009 gestrichen worden.

Die Zusammensetzung der **Vertreterversammlung** in Nr. 4 einschließlich der 6 Stimmgewichtung wird gesetzlich durch § 44 SGB IV vorgegeben. Nr. 4 hat daher nur einen sehr beschränkten Anwendungsbereich, zB kann ein Umlaufverfahren vorgesehen werden. Richtigerweise wäre hier (auch) der Verwaltungsrat zu nennen, der bei den meisten Krankenkassen eingerichtet ist (vgl. die vorstehende → Rn. 5). Nr. 5 bezieht sich auf die Entschädigung der **ehrenamtlichen Organmitglieder**. Eine gesonderte Vergütung der von der Krankenkasse entliehenen hauptamtlichen Vorstandsmitglieder erfolgt im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung nicht (vgl. → § 46 Rn. 4a). Bei der Festsetzung der Höhe der Entschädigung besteht eine Bindung an die Vorgaben des § 41 SGB IV. Dies resultiert in einer erhöhten Kontrollrechte der Rechtsaufsicht, die auch die Angemessenheit überprüft. BSG 9.12.1997 – 1 RR 3/94, SozR 3–2400 § 41 Nr. 1 = SoSi 1998, 430 = BeckRS 1997, 30004380, hat daher nicht beanstandet, dass die Entschädigungsregelungen in Satzungs Vorschriften an der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner gemessen werden. Nr. 6 knüpft an § 77 Abs. 1 SGB IV an, der die **Prüfung von Rechnungslegung und Jahresrechnung** dem Verwaltungsrat überträgt. Die Vorschrift setzt die Durchführung einer Rechnungslegung nach SVHV, der SVRV und der SRVwV voraus. Die detaillierten Vorgaben des § 77 Abs. 1a SGB IV für Krankenkassen gelten für Pflegekassen nicht, sodass auch eine Testierung des Jahresabschlusses durch einen Wirtschaftsprüfer nicht erforderlich ist (Held/Heße NZS 2012, 561 (566)).

- 7 **Widerspruchsstellen** der sozialen Pflegeversicherung iSd Nr. 7 sind nach den Satzungen der Pflegekassen zumeist die Widerspruchsausschüsse der GKV. Nr. 8 setzt § 34 Abs. 2 S. 3 SGB IV in der sozialen Pflegeversicherung um (aA Leube NZS 1999, 330 (332), der § 34 SGB IV für vorrangig hält). Bei der Wahl der **Art der Bekanntmachungen** gem. Nr. 8 steht der Pflegekasse ein gewisser Spielraum zu. Streitig ist, ob ein Aushang in den Geschäftsräumen den Publizitätsgedanken der Bekanntmachung hinreichend Rechnung trägt (zum Streitstand jurisPK-SGB IV/Schneider-Danwitz SGB IV § 34 Rn. 95 ff.).

IV. Wahlinhalte (Abs. 2)

- 8 Der durch das PflegeWEG zum 1.7.2008 neu eingefügte Abs. 2 regelt die Befugnis zur Vermittlung **privater Pflegezusatzversicherungen**, was den Krankenkassen gem. § 194 Abs. 1a SGB V schon seit 1.1.2004 möglich ist. Die Vermittlungsbefugnis ist beschränkt auf Versicherte, die einen spezifischen Bezug zur sozialen Pflegeversicherung aufweisen. Im Hinblick auf das „Teilkasko-Prinzip“ der sozialen Pflegeversicherung wird es sich zumeist um Versicherungen handeln, die für die von der sozialen Pflegeversicherung ungedeckten Kosten der Pflege aufkommen. Zu den von Abs. 2 erfassten Versicherungen gehören zB die ab 1.1.2013 mit einer staatlichen Zulage nach Maßgabe der §§ 126 ff. geförderten Pflege-Zusatzversicherungen. Die bei der Vermittlung zu beachtenden rechtlichen Rahmenbedingungen (zB Sozialdatenschutz) entsprechen nach BT-Drs. 16/7439, 66 zu Nr. 32 denen im Rahmen der GKV gem. § 194 Abs. 1a SGB V, hierzu BT-Drs. 15/1525, 138 zu Nr. 136. Von der Pflegekasse selbst abgeschlossene Gruppenversicherungsverträge, durch die Mitgliedern zusätzliche Leistungen angeboten werden sollen, sind nicht nach Abs. 2 zulässig (BSG 31.5.2016 – B 1 A 2/15 R, BSGE 121, 179 = BeckRS 2016, 70373). Nach BGH 18.9.2013 – I ZR 183/12, GRUR 2013, 1250, benötigen Krankenkassen für die Vermittlungstätigkeit eine **gewerberechtliche Erlaubnis** gem. § 34d GewO. Diese inhaltlich zweifelhafte Entscheidung dürfte auch von Pflegekassen bei der Vermittlungstätigkeit gem. Abs. 2 zu berücksichtigen sein.
- 9 Für weitere Wahlinhalte ist in der sozialen Pflegeversicherung kein Raum. Zwar enthält § 47 kein ausdrückliches Verbot, es fehlt aber eine Vorschrift wie § 194 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, die Mehrleistungen über den gesetzlichen Umfang hinaus zulässt. BT-Drs. 12/5262, 118 zu § 43 begründet das Verbot satzungsmäßiger Mehrleistungen mit dem umfassenden Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen.

V. Genehmigung (Abs. 3)

- 10 Abs. 3 bestimmt die Genehmigungsbehörde unter Verweis auf § 195 Abs. 1 SGB V, § 90 SGB IV. Danach ist das Bundesamt für Soziale Sicherung für bundesunmittelbare Pflegekassen und im Übrigen die nach Landesrecht bestimmte Behörde zur Genehmigung der Satzung und ihrer Änderungen zuständig. Die Prüfung bei der Genehmigung ist kein Bestandteil der Rechtsaufsicht (§ 46), sondern Mitwirkung des Staates an der autonomen Rechtsetzung des Sozialversicherungsträgers. Die Satzung unterliegt dabei ausschließlich einer **Rechtmäßigkeitskontrolle**, eine Prüfung auf Zweckmäßigkeit findet nicht statt (BSG 7.11.2000 – B 1 A 4/99 R, SozR 3–3300 § 47 Nr. 1 = KrV 2001, 63 = BeckRS 2001, 40454; aA Finkenbusch WzS 1992, 1 ff.). Ist eine verfahrensmäßig ordnungsgemäß zustande gekommene Satzungsänderung mit höherrangigem Recht vereinbar, besteht ein Anspruch auf die Genehmigung (BSG 28.5.2019 – B 1 A 1/18 R, BSGE 128, 142 = BeckRS 2019, 17939). Eine rechtswidrige Satzungsbestimmung ist unwirksam (BSG 14.1.1987 – 8 RK 35/85, BSGE 61, 117 = SozR 2200 § 192 Nr. 2 = BeckRS

1987, 3040). Gegen die Ablehnung der Satzungs genehmigung kann die betroffene Pflegekasse Klage erheben, nicht aber ihre Mitglieder.

Die besonderen Regelungen des § 195 Abs. 2 SGB V zur Satzungskontrolle durch 11 Genehmigungsbehörde bzw. Gerichte werden zT für entsprechend anwendbar gehalten (BeckOGK/Peters Rn. 9). Gegen eine Analogie spricht jedoch, dass § 195 SGB V früher als § 47 geschaffen wurde. Sofern eine Regelungslücke überhaupt bejaht werden kann, ist vor diesem Hintergrund jedenfalls deren Planwidrigkeit zweifelhaft. Für eine entsprechende Anwendung des § 195 SGB V besteht angesichts des abschließend gesetzlich geregelten Leistungskataloges in der sozialen Pflegeversicherung ohnehin kaum Bedarf.

§ 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

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

(2) ¹Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. ²An die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, dürfen die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 personenbezogene Daten nur übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Zusammenhang mit den Regelungen des Siebten Kapitels des Zwölften Buches erforderlich ist und im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen. ³Der Empfänger darf diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. ⁴Ebenso dürfen die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. ⁵Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen dürfen diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind. ⁶Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 sowie die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, haben sicherzustellen, dass die personenbezogenen Daten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.

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

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,

2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
 3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
 4. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,
 5. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen und
 6. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.
- ²Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. ³Die Stellen nach Satz 1 Nummer 4 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. ⁴Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Überblick	2
III. Stelle gem. § 47a	3
1. Organisation	4
2. Aufgaben	5
IV. Datenschutz	8
1. Datenerhebung durch die Stellen gem. § 47a	9
2. Datenübermittlung zwischen Stellen und Sozialhilfeträger	10
3. Datenübermittlung an weitere Stellen (Abs. 3)	12

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.2004 durch Art. 7 Nr. 2 GMG (vom 14.11.2003, BGBl. I 2190) eingeführt und S. 2 zum 1.7.2008 angepasst worden durch Art. 8 Nr. 21 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378). Abs. 1 S. 1 Hs. 2 ergänzt durch Art. 2 Nr. 2 lit. b Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (vom 20.12.2012, BGBl. I 2789) mWv 28.12.2012. Durch Art. 2 Nr. 2 lit. c des vorstehend genannten Gesetzes wurde Abs. 2 angefügt. Im 1. Entwurf (BT-Drs. 17/10747) waren die Neuerungen noch nicht enthalten. Sie wurden erst durch die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (BT-Drs. 17/11396) im Gesetzgebungsverfahren zum PNG eingefügt. Abs. 2 S. 1, 3, 4 und 5 wurden redaktionell an die Terminologie von Art. 4 Nr. 2 DSGVO angepasst durch Art. 132 Nr. 7 2. DSAnpUG-EUG (vom 20.11.2019, BGBl. I 1626) mWv 26.11.2019. Abs. 3 wurde eingefügt durch Art. 10 Nr. 6 TSVG (vom 6.5.2019, BGBl. I 646) mWv 11.5.2019.

II. Überblick

§ 47a bezweckt, finanzielle Unregelmäßigkeiten und Mittelfehlverwendungen in der sozialen Pflegeversicherung zu verhindern, indem bei jeder Pflegekasse hierfür eine **besondere Stelle** eingerichtet wird. Die Norm enthält selbst keine Zuweisung von Aufgaben und Befugnissen dieser Stellen, sondern organisatorische (Abs. 1) bzw. datenschutzrechtliche (Abs. 2 und 3) Regelungen. Der Aufgabenbereich der Stellen gem. § 47a lässt sich der Parallelnorm der GKV, § 197a SGB V, entnehmen, auf den Abs. 1 S. 1 verweist.

III. Stelle gem. § 47a

Auch in der sozialen Pflegeversicherung wird eine organisatorisch eigenständige Stelle bei jeder Pflegekasse eingerichtet, die Fehlverhalten im Gesundheitswesen bekämpfen soll. Mangels eigenen Personals (§ 46 Abs. 2 S. 2) bzw. Rechtspersönlichkeit wird in der sozialen Pflegeversicherung auf die Stellen gem. § 197a SGB V zurückgegriffen, Abs. 1 S. 2 stellt dies klar. Die Schaffung einer Stelle nach § 47a ist, § 197a Abs. 1 S. 1 SGB V iVm Abs. 1 S. 1 Hs. 1 folgend, nur **bei den Pflegekassen und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen obligatorisch**. Bei den Landesverbänden kann die Einrichtung einer Stelle nach den Vorgaben des SGB V „angezeigt“ sein. Aus den speziellen Aufgaben der Landesverbände im Rahmen der Abrechnungsprüfung in der sozialen Pflegeversicherung (§§ 79 Abs. 4, 114 Abs. 2 S. 6) folgt aber, dass auch hier eine Stelle gem. § 47a einzurichten ist. Anders könnten die erforderlichen Maßnahmen nach der Aufdeckung von Missständen nicht wirksam eingeleitet werden. Die Kosten für die Stelle gem. § 47a sind **Bestandteil der Verwaltungskosten**, die pauschal gem. § 46 Abs. 3 an die Krankenkassen erstattetet werden. Wie in der GKV (hierzu LSG Nds-Brem 24.11.2010 – L 1 KR 72/09, BeckRS 2010, 32986) gilt, dass eine Abwälzung dieser Kosten auf Leistungserbringer, denen Fehlverhalten in der sozialen Pflegeversicherung nachgewiesen worden ist, unzulässig ist.

1. Organisation

Die Stelle gem. § 47a soll eine verselbständigte Ermittlungs- und Prüfungseinrichtung innerhalb ihrer Organisation sein (BT-Drs. 15/1525, 99). Daraus folgt, dass sie nicht in die Hierarchie der Pflegekasse eingebunden sein darf, sondern **allein dem Vorstand unterstellt** ist. Dieser ist gegenüber dem Verwaltungsrat alle 2 Jahre berichtspflichtig, § 197a Abs. 5 SGB V. Die Stelle gem. § 47a befasst sich nach Abs. 1 S. 1 iVm der Legaldefinition des § 197a Abs. 1 S. 1 SGB V mit Sachverhalten, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit Aufgaben der Pflegekasse bzw. der Verbände hindeuten. Dies sind nicht ausschließlich Sachverhalte, in denen von vornherein eine strafrechtliche Relevanz erkennbar ist (BeckOK SozR/Heberlein, 67. Ed, SGB V § 197a Rn. 3). Bereits wegen des im Sozialrecht geltenden Grundsatzes der streng-formalen Betrachtungsweise für die Entstehung von Vergütungsansprüchen können vielfältige Verhaltensweisen unter den Begriff des Fehlverhaltens fallen (dazu Wiegand medstra 2022, 343 ff.).

2. Aufgaben

Jede Person kann sich an die Stellen gem. § 47a wenden, um Hinweise über Unregelmäßigkeiten mitzuteilen (§ 197a Abs. 2). Sie gehen glaubhaft erscheinenden Hinweisen hierzu nach. Die Stellen gem. § 47a können in diesem Rahmen perso-

nenbezogene Daten erheben. Dabei wird es sich zumeist um die Sichtung der (Abrechnungs-) Daten handeln, die bei der Pflegekasse vorliegen. Die Stelle gem. § 47a hat darüber hinaus **keine weitergehenden hoheitlichen Ermittlungsbefugnisse**. Aus der Befugnis zur Datenerhebung folgt insbesondere keine Auskunftspflicht der Leistungserbringer; diese bemisst sich nach dem jeweiligen leistungsrechtlichen Vertragswerk und kann von der Pflegekasse geltend gemacht werden (BSG 28.11.2013 – B 3 KR 27/12 R, BSGE 115, 40 = SozR 4-2500 § 302 Nr. 1 = BeckRS 2014, 69035). Auch die Durchführung **regelmäßiger und verdachtsveranlasster Prüfungen** der Abrechnungstätigkeit der Leistungserbringer obliegt nicht den Stellen gem. § 47a, sondern den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 114 Abs. 2 S. 6 bzw. gem. § 79 Abs. 4. Werden durch diese Prüfungen Unregelmäßigkeiten aufgedeckt, sollen die Landesverbände geeignete Maßnahmen ergreifen, was nach der Vorstellung des Gesetzgebers eine Zusammenarbeit mit den Stellen gem. § 47a einschließt (BT-Drs. 18/9528, 73 für § 79 Abs. 4; BT-Drs. 18/5926, 104 zu § 114 Abs. 2 S. 6).

- 6 Die Stellen gem. § 47a sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die soziale Pflegeversicherung bestehen könnte, Abs. 1 S. 1 iVm § 197a Abs. 4 SGB V. Dabei können **ohne richterliche Anforderung personenbezogene Daten mitgeliefert** werden, auch wenn weder Abs. 2 noch Abs. 3 dies ausdrücklich erwähnen (vgl. OLG Dresden 5.7.2021 – 4 U 270/21, ZD 2022, 288 = BeckRS 2021, 27465 unter Rückgriff auf § 69 SGB X; vgl. ausführlich Grinblat/Schirmer SGB 2020, 133 (136)). Mangels eigener Ermittlungsbefugnisse ist die Stelle gem. § 47a im Übrigen darauf angewiesen, dass Pflegekassen bzw. die Staatsanwaltschaft nach einer Unterrichtung gem. Abs. 1 S. 1 iVm § 197a Abs. 4 SGB V ermittelnd tätig werden.
- 7 Einen weiteren wesentlichen Aufgabenschwerpunkt begründet der Verweis von Abs. 1 S. 1 auf § 197a Abs. 3 SGB V mit der **Zusammenarbeit mit anderen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten** im Gesundheitswesen. Leistungserbringer rechnen typischerweise mit mehreren Pflegekassen ab, sodass sich ein systematisches Fehlverhalten regelmäßig nicht nur gegenüber einer Pflegekasse auswirkt. In der sozialen Pflegeversicherung ist – anders als in der GKV – zudem eine Zusammenarbeit der Stelle auch **mit den Sozialhilfeträgern** vorgesehen, Abs. 1 S. 1 Hs. 2. Die Sozialhilfeträger greifen bei der Umsetzung der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII auf dieselben Leistungserbringer zurück wie die Pflegekassen. Diese Überschneidung machte eigenständige Vorschriften in § 47a zur Zusammenarbeit mit Sozialhilfeträgern erforderlich. Bei ihnen werden keine organisatorisch eigenständigen Stellen geschaffen, da sie anders als Pflegekassen Teil der unmittelbaren Staatsverwaltung sind.

IV. Datenschutz

- 8 Die Tätigkeit der Stelle gem. § 47a ist datenschutzrechtlich auf mehreren Ebenen abgesichert. Es bestehen Vorgaben zum einen für die eigene Datenerhebung (Abs. 1 S. 1 iVm § 197a Abs. 1 S. 2 SGB V). Zum anderen wird die Übermittlung personenbezogener Daten an andere Stellen gem. § 47a, die Träger der Sozialhilfe (Abs. 2 S. 2 bis 6) sowie weitere Einrichtungen (Abs. 3) erlaubt.

1. Datenerhebung durch die Stellen gem. § 47a

- 9 Die datenschutzrechtliche Befugnis der Stelle gem. § 47a zur Speicherung, Veränderung oder Nutzung von Daten im Rahmen ihrer Tätigkeit folgt aus der Normenkette Abs. 1 S. 1, § 197a Abs. 1 S. 2 SGB V, § 67c Abs. 3 SGB X. Danach dürfen

die Stellen gem. § 47a die innerhalb ihrer Organisation vorhandenen personenbezogenen Daten verwenden, um ihrer gesetzlichen (Kontroll-)Tätigkeit nachzukommen. Diese Erlaubnisgewährung ist erforderlich, weil die Stellen gem. § 47a die Daten zu einem anderen Zweck nutzen als dem, zu dem sie ursprünglich erhoben worden sind.

2. Datenübermittlung zwischen Stellen und Sozialhilfeträger

Abs. 2 S. 1 erlaubt die Übermittlung von personenbezogenen Daten zwischen Stellen nach § 47a bei anderen Pflegekassen bzw. Verbänden. Die Norm entspricht zT **§ 197 Abs. 3a SGB V**. Sie ist ergänzt worden, nachdem in der Praxis (für § 197a SGB V) angezweifelt worden war, ob die Bestimmung zur Errichtung einer Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Datenübermittlung zwischen den jeweiligen Stellen darstellte. Zu einem Anspruch auf Unterlassung der Weitergabe von Informationen anderer Stellen gem. § 47a über das Ergebnis eines staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahrens BayLSG 27.7.2018 – L 4 KR 428/16, BeckRS 2018, 23750.

Die Zusammenarbeit zwischen den Stellen nach § 47a und den Sozialhilfeträgern wird datenschutzrechtlich durch Abs. 2 S. 2–6 abgesichert. Personenbezogene Daten können nach Abs. 2 S. 2 und 3 an die zuständigen Stellen der Sozialhilfeträger übermittelt werden, wenn ein Fehlverhalten im Gesundheitswesen **Leistungen nach dem Siebten Kapitel des SGB XII** betrifft. S. 4 und 5 begründen eine Rechtsgrundlage für die Datenübermittlung in umgekehrter Richtung von den zuständigen Sozialhilfeträgern an die Stellen nach § 47a. Abs. 2 S. 6 wiederholt die Vorgabe des § 35 Abs. 1 S. 2 SGB I.

3. Datenübermittlung an weitere Stellen (Abs. 3)

Abs. 3 präzisiert parallel zu §§ 81a Abs. 3b, 197a Abs. 3b SGB V weitere Adressaten der Datenübermittlung durch die Stellen gem. § 47a und legt fest, zu welchem Zweck die Daten übermittelt werden dürfen bzw. die Befugten sie verarbeiten dürfen. Abs. 3 S. 1 Nr. 1–3 gewährleisten, dass personenbezogene Daten mit Bezug zu einem Fehlverhalten im Gesundheitswesen nicht nur zwischen den Stellen gem. § 47a der Pflegekassen und ihrer Verbände bzw. dem Sozialhilfeträger ausgetauscht werden dürfen, sondern auch den Stellen (ihres eigenen und denen anderer Träger) übermittelt werden können, die für **Zulassung, Leistungsgewährung und Abrechnung** in der sozialen Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege zuständig sind. Abs. 3 S. 1 Nr. 4 befugt zur Datenübermittlung an die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung der Investitionskosten (§ 9) zuständig sind und regelt in Abs. 3 S. 3 u. 4 Vorgaben für die Datenübermittlung in anderer Richtung. Nr. 5 erlaubt datenschutzrechtlich die Übermittlung von personenbezogenen Informationen an den Medizinischen Dienst und medicproof, was zB Bedeutung im Rahmen der schon länger bestehenden **Prüfkompetenzen der Landesverbände gem. § 114 Abs. 2 S. 6 und § 79 Abs. 4** hat (→ Rn. 6). Durch den daneben bestehenden Verweis von Abs. 1 S. 1 auf § 197a Abs. 3b S. 3 u. 4 darf der Medizinische Dienst bei regulärer Prüftätigkeit gewonnene Informationen über mögliches Fehlverhalten in der sozialen Pflegeversicherung an die Stellen gem. § 47a übermitteln. Auf der Grundlage von Abs. 3 S. 1 Nr. 6 übermittelte Informationen ermöglichen die Prüfung berufsrechtlicher Konsequenzen aus einem Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Die Vorschrift ergänzt die strafrechtlichen Meldevorschriften der §§ 26, 28 MiStra.

Nach der Gesetzesbegründung sollen lediglich die typischen Informationsflüsse im Zusammenhang mit der Arbeit der Fehlverhaltenstellen abgesichert werden (BT-Drs. 19/6336, 104 zur Parallelnorm § 81a Abs. 3b SGB V). Abs. 3 begründet daher **keinen abschließenden Katalog** der Stellen, an die personenbezogene Daten

übermittelt werden können. Die Übermittlung personenbezogener Daten an eine andere Stelle bedarf aber einer gesonderten Grundlage aus einem anderen Gesetz. Daher darf die Stelle nach § 47a nach derzeitiger Rechtslage keine personenbezogenen Daten an die entsprechenden Stellen nach § 81a SGB V bei den **KÄVen und KÄBVen** übermitteln, da Abs. 2 S. 1 diese Stellen (im Gegensatz zu § 197a Abs. 3a SGB V) nicht erwähnt und sie auch in Abs. 3 nicht benannt werden.

Zweiter Abschnitt. Zuständigkeit, Mitgliedschaft

§ 48 Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

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

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

(3) ¹Personen, die nach § 21 Nr. 6 versichert sind, können die Mitgliedschaft wählen bei der Pflegekasse, die bei

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. GKV-Versicherte (Abs. 1)	3
IV. Versicherungspflichtige nach § 21 Nr. 1–5 (Abs. 2)	5
V. Versicherungspflichtige gem. § 21 Nr. 6 und § 21a (Abs. 3)	6
VI. Versicherte gem. §§ 26, 26a	7

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Abs. 1 entspricht dem RegE (§ 44 RegE), vgl. Begr. des RegE S. 119. Abs. 2 und 3 sind aufgrund der Empfehlung des AuS-Ausschusses eingefügt worden (BT-Drs. 12/5920, 46 f.); zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 40. § 48 Abs. 3 S. 2 Hs. 2

(Solidargemeinschaften) wurde ergänzt durch Art. 5 Nr. 12 DVPMG (vom 3.6.2021, BGBl. I 1309) mWv 9.6.2021.

II. Normzweck und Überblick

Abs. 1 erklärt die Pflegekasse für die Durchführung der sozialen Pflegeversicherung zuständig, die bei der Krankenkasse des Mitglieds errichtet ist. Dies soll verwaltungsökonomisch wirken, indem zB Zuständigkeitsstreitigkeiten vermieden werden, BT-Drs. 12/5262, 119 zu § 44. Die Norm ist Ausdruck des Grundsatzes „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Sie enthält Regelungen für drei kv-rechtlich verschiedene Ausgangssituationen. Abs. 1 betrifft Mitglieder und Versicherte der GKV. Abs. 2 S. 1 erfasst Personen, die nicht GKV-versichert sind, deren Krankenversicherung aber von einem GKV-Träger durchgeführt wird. Abs. 2 S. 2 und Abs. 3 schließlich regelt die Zuständigkeit für Personen, für die bei bestehender Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung keine unmittelbare Anknüpfung an einen Träger der GKV möglich ist.

III. GKV-Versicherte (Abs. 1)

Abs. 1 S. 1 legt den Grundsatz fest, dass sich für gesetzlich und freiwillig GKV-Versicherte die Zuständigkeit der Pflegekasse akzessorisch an die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkasse knüpft. Es besteht damit **kein gesondertes Wahlrecht** für die Pflegekasse. Die Zuständigkeit ergibt sich unabhängig davon, auf welchem Tatbestand die Versicherung in der GKV beruht. Die Vorschrift gilt auch für Mitglieder gem. KVLG 1989. Nicht von § 48 erfasst sind hingegen Versicherte, die zwar freiwillig GKV-versichert sind, aber unter Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 22 bei einem Unternehmen der privaten Pflegeversicherung versichert sind. Auch für privat Krankenversicherte regelt § 48 nicht die Zuständigkeit. In der privaten Pflegeversicherung besteht keine Bindung an das Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Hier kann grundsätzlich gem. § 23 Abs. 2 die Pflegeversicherung durch ein anderes Unternehmen durchgeführt werden als die Krankenversicherung.

Mit einem wirksamen Wechsel der Krankenkasse geht zeitgleich die Zuständigkeit der Pflegekasse auf die bei der gewählten Krankenkasse errichtete Pflegekasse über. Diese ist nicht an die leistungs- oder beitragsrechtlichen Entscheidungen der bisherigen Pflegekasse gebunden (BSG 13.5.2004 – B 3 P 3/03 R, SozR 4–3300 § 37 Nr. 2 = NZS 2005, 101). Nach S. 2 folgt wie in der GKV die Pflegekasse der Familienversicherung (§ 25) der Pflegekasse des Mitgliedes. Auch wenn die systematische Stellung der Vorschrift dies nicht nahelegt, muss Abs. 1 S. 2 auch für alle weiteren Zuständigkeitszuweisungen in § 48 Abs. 2 und 3 gelten (allg. Auffassung). Eine Beschränkung der Zuständigkeit im Beitragsrecht ergibt sich für Versicherte, deren Beiträge aus GRV-Renten abgeführt werden. Hier ist die Zuständigkeit der DRV Bund für Entscheidungen über Beitragspflicht, -höhe und -tragung gegeben (BSG 29.11.2006 – B 12 RJ 4/05 R, BSGE 97, 292 = SozR 4–3300 § 59 Nr. 1 = BeckRS 2007, 41335).

IV. Versicherungspflichtige nach § 21 Nr. 1–5 (Abs. 2)

Der von Abs. 2 erfasste Personenkreis des § 21 Nr. 1–5 unterliegt nicht Abs. 1, da er nicht in der GKV versichert ist. In der Regel hat der ihnen leistungsverpflichtete Träger eine Krankenkasse mit der Erbringung von Leistungen bei Krankheit

beauftragt, deren Pflegekasse zuständig ist (Abs. 2 S. 1). Soweit keine Krankenkasse beauftragt ist, räumt § 2 ein Wahlrecht wie für Zeitsoldaten nach Abs. 3 S. 2 ein.

V. Versicherungspflichtige gem. § 21 Nr. 6 und § 21a (Abs. 3)

- 6 Abs. 3 S. 1 regelte das Wahlrecht für Zeitsoldaten bis 31.12.1995. Seitdem richtet sich ihr Wahlrecht nach Abs. 3 S. 2 Hs. 1. Danach können diese gem. § 21 Nr. 6 in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Personen die Mitgliedschaft in der Pflegekasse bei einer Krankenkasse wählen, die bei Versicherungspflicht in der GKV nach § 173 Abs. 2 SGB V hypothetisch gewählt werden könnte. Die Zuständigkeitsregelung erfasst nur die Zeitsoldaten, die § 21 Nr. 6 unterliegen (zur teleologischen Reduktion → § 21 Rn. 14, vgl. dort auch zu den Gründen der unterschiedlichen Behandlung im Vergleich zu Berufssoldaten). Zur Vervollständigung des Regelungsregimes ist **§ 175 SGB V analog anzuwenden**. Somit kann der Zeitsoldat die Pflegekasse nach Ausübung des Wahlrechts wechseln (ebenso Krauskopf/Baier Rn. 9); bei Fehlen einer Wahlrechtsausübung wählt der Dienstherr eine Pflegekasse aus (§ 175 Abs. 3 SGB V, § 50 Abs. 2 Nr. 6). Auch Personen, die noch nach Abs. 3 S. 1 vor 1996 das Wahlrecht ausgeübt haben, können in Anwendung der vorstehend dargelegten Grundsätze gem. § 175 SGB V analog die Pflegekasse wechseln (BeckOGK/Peters Rn. 19).
- 6a Die vorgenannten Grundsätze zur Bestimmung der zuständigen Pflegekasse gelten gem. Abs. 3 S. 2 Hs. 2 nach der Anerkennung von **Solidargemeinschaften** in der GKV gem. § 176 SGB V seit 9.6.2021 in der sozialen Pflegeversicherung auch für ihre Mitglieder, soweit für sie Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 21a besteht. Das Wahlrecht ist erforderlich, weil es an einer Mitgliedschaft in der GKV fehlt, so dass sich keine automatische Zuordnung zu einer Pflegekasse ergeben kann.

VI. Versicherte gem. §§ 26, 26a

- 7 § 48 enthält keine Regelungen über die Zuständigkeit für freiwillig in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte gem. § 26. Für diesen Personenkreis ist nach BT-Drs. 12/5262, 119 zu § 44, zunächst die Pflegekasse zuständig, bei der zuletzt die Versicherung bestand. Ein Wahlrecht bei Begründung der Versicherung gem. § 26 besteht mangels ausdrücklichen Verweises auf Abs. 2 S. 2 und Abs. 3 nicht (insoweit ebenso Hauck/Noftz/Kolmetz Rn. 3; anders Krauskopf/Baier Rn. 10), jedoch ist ein späterer Wechsel in entsprechender Anwendung des § 175 SGB V möglich. Versicherten gem. § 26a steht gem. § 26a Abs. 1 S. 1, Abs. 2 S. 1 und Abs. 3 S. 2 das Wahlrecht gem. § 48 Abs. 2, 3 zu. Auch diese Versicherten können entsprechend § 175 SGB V später die Pflegekasse wechseln. Soweit ein Wahlrecht besteht, kann dieses nur **mit Wirkung für die Zukunft** ausgeübt werden, BSG 29.6.2021 – B 12 KR 38/19 R, NZS 2022, 868 = BeckRS 2021, 37116.

§ 49 Mitgliedschaft

(1) ¹Die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20, des § 21 oder des § 21a vorliegen. ²Sie endet mit dem Tod des Mitglieds oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 20, des § 21 oder des § 21a entfallen, sofern nicht das Recht zur Weiterversicherung nach § 26 ausgeübt wird. ³Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 Versicherten gelten § 186 Abs. 11 und § 190 Abs. 13 des Fünften Buches entsprechend.

(2) ¹Für das Fortbestehen der Mitgliedschaft gelten die §§ 189, 192 des Fünften Buches sowie § 25 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend.

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Beginn und Ende der Mitgliedschaft (Abs. 1)	3
IV. Fortbestehen der Mitgliedschaft (Abs. 2)	4
V. Weiterversicherung (Abs. 3)	5

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Im Vergleich zum RegE (§ 45 RegE, zur Begr. RegE S. 119) hat der AuS-Ausschuss Abs. 1 weitgehend umgestaltet und Abs. 2 und 3 ergänzt (BT-Drs. 12/5920, 47; zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 41). In Abs. 1 S. 1 und 2 wurde der Verweis auf § 21a (Solidargemeinschaften) ergänzt durch Art. 5 Nr. 13 DVPMG vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) mWv 9.6.2021. Abs. 2 S. 2 wurde durch Art. 10 Nr. 3 AFRG (vom 24.3.1997, BGBl. I 594) mWv 1.1.1998 gestrichen. In Abs. 3 wurde „Weiterversicherter“ in „freiwillig Versicherter“ geändert durch Art. 1 Nr. 6a PflEG (vom 14.12.2001, BGBl. I 3728) mWv 1.1.2002. Abs. 1 S. 3 wurde angefügt, Abs. 3 S. 2 gestrichen durch Art. 8 Nr. 22 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) mWv 1.4.2007.

II. Normzweck und Überblick

Abs. 1 regelt Beginn und Ende der Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung, Abs. 2 die Tatbestände des Fortbestehens der Mitgliedschaft. Regelungen für Versicherte gem. §§ 26, 26a sind in Abs. 3 enthalten. Nicht Gegenstand von § 49 sind Versicherte, die keinen eigenen Mitgliedschaftstatbestand erfüllen. Ihre Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung ist akzessorisch an die Mitgliedschaft des Stammversicherten gebunden.

III. Beginn und Ende der Mitgliedschaft (Abs. 1)

Die Mitgliedschaft für Versicherungspflichtige nach §§ 20, 21 und (seit 9.6.2021) § 21a beginnt an dem Tag, an dem die Versicherungspflicht eintritt (Abs. 1 S. 1) und endet mit dem Tod oder dem Ablauf des Tages, an dem die Versicherungspflicht entfällt, sofern keine Weiterversicherung nach § 26 begründet wird (Abs. 1 S. 2). Für Versicherte, die dem Auffangtatbestand des § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 unterfallen, verweist Abs. 1 S. 3 auf § 186 Abs. 11 SGB V (Beginn) bzw. § 190 Abs. 13 SGB V (Ende). Die Mitgliedschaft wird durch Gesetz ohne

Rücksicht auf die Kenntnis der nach § 48 zuständigen Pflegekasse oder des Mitglieds begründet und ist auch nicht von einer formalen Feststellung durch die Pflegekasse abhängig. Die fehlende Beitragszahlung beendet die Mitgliedschaft nicht, vgl. BT-Drs. 12/5262, 119 zu § 45. Zu den Folgen bei Nichtentrichtung der Beiträge → § 60 Rn. 17. Die Mitgliedschaft kann auch rückwirkend begründet werden (BSG 4.6.1991 – 12 RK 52/90, BSGE 69, 20 = SozR 3–2200 § 381 Nr. 2 = BeckRS 1991, 30737878).

IV. Fortbestehen der Mitgliedschaft (Abs. 2)

- 4 Die entsprechende Anwendung der §§ 189, 192 SGB V und § 25 KVLG 1989 gem. Abs. 2 soll verhindern, dass die Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung bei den vorübergehenden Ereignissen der genannten Vorschriften beendet wird. Über den Wortlaut des Abs. 2 hinaus besteht die Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung auch in den anderen Fällen fort, in denen eine Mitgliedschaft in der GKV fingiert wird (hM, Schneider/Steinbach BB 1994, 1925 (1931 f.)). Dies betrifft vor allem die Fälle des § 193 SGB V. Erfasst sind die Teilnehmer am **freiwilligen Wehrdienst (§§ 58b ff. SG)**, deren Mitgliedschaft gem. § 58f SG, § 6b WehrpflG, § 193 Abs. 1 bzw. 2 SGB V aufrechterhalten wird. Teilnehmer an einem Freiwilligendienst (nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder Ähnlichem) sind anders als früher Zivildienstleistende nicht mehr von § 193 SGB V erfasst. Ihre Tätigkeit gilt in der GKV als grundsätzlich versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis iSd § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, sodass sie in der sozialen Pflegeversicherung schon unter § 49 Abs. 1 S. 1 fallen. Ein weiterer in Abs. 2 nicht benannter Fall des Fortbestehens der Mitgliedschaft betrifft landwirtschaftliche Rentenantragsteller gem. § 23 KVLG 1989 (vgl. BeckOGK/Peters Rn. 7).

V. Weiterversicherung (Abs. 3)

- 5 Abs. 3 beschränkt sich darauf, das **Ende** der freiwilligen Mitgliedschaften gem. §§ 26, 26a zu regeln (Tod bzw. Wirksamwerden der Austrittserklärung). Seit der Streichung von Abs. 3 S. 2 zum 1.4.2007 durch das GKV-WSG gilt auch für Weiterversicherte gem. § 26 Abs. 2, dass die Mitgliedschaft durch die fehlende Beitragszahlung nicht mehr beendet wird (vgl. → Rn. 3). Der **Beginn** der Mitgliedschaft gem. § 26 ist nicht ausdrücklich im SGB XI geregelt, sie schließt sich nahtlos an das Ende der Pflichtmitgliedschaft gem. §§ 20, 21 bzw. der Familienversicherung an. Für die freiwillige Versicherten gem. § 26a trifft § 26a Abs. 3 S. 2 seit dem 1.7.2002 die Regelung, dass die Mitgliedschaft zum 1. des Folgemonats der Beitrittserklärung beginnt.

Dritter Abschnitt. Meldungen

§ 50 Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

(1) ¹Alle nach § 20 versicherungspflichtigen Mitglieder haben sich selbst unverzüglich bei der für sie zuständigen Pflegekasse anzumelden. ²Dies gilt nicht, wenn ein Dritter bereits eine Meldung nach den §§ 28a bis 28c des Vierten Buches, §§ 199 bis 205 des Fünften Buches oder §§ 27 bis 29 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zur gesetz-

lichen Krankenversicherung abgegeben hat; die Meldung zur gesetzlichen Krankenversicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein. ³Bei freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gilt die Beitrittserklärung zur gesetzlichen Krankenversicherung als Meldung zur sozialen Pflegeversicherung.

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

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

[ab 1.1.2025:

7. die Bundeswehrverwaltung für geschädigte Personen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz].

(3) ¹Personen, 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.

²Sie haben auf Verlangen die Unterlagen, aus denen die Tatsachen oder die Änderung der Verhältnisse hervorgehen, der Pflegekasse in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen.

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

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Meldepflicht der Mitglieder gem. § 20 (Abs. 1)	3

	Rn.
IV. Meldepflicht für Mitglieder gem. § 21 (Abs. 2)	4
V. Auskunfts- und Mitteilungspflichten (Abs. 3 und 4)	5
VI. Datentransfer mit anderen Sozialversicherungsträgern (Abs. 5 und 6) ..	7

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Die Abs. 1, 3, 4 und 5 entsprechen weitgehend der Fassung des RegE (vgl. Begr. des RegE S. 119 f.). Abs. 2 und 6 gehen auf die Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses zurück (BT-Drs. 12/5920, 47 f.); zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 41 f. Durch Art. 10 Nr. 4 AFRG (vom 24.3.1997, BGBl. I 594) wurde in Abs. 1 S. 1 die Verweisung auf § 161 AFG gestrichen. Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 3 wurden mWv 1.1.2024 terminologisch angepasst durch Art. 39 Nr. 6 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652).

II. Normzweck und Überblick

- 2 § 50 soll die gesetzmäßige Durchführung der sozialen Pflegeversicherung durch die jeweils zuständige Pflegekasse sicherstellen, was ohne Kenntnis der Mitglieder und bestimmter persönlicher Angaben nicht möglich ist. Abs. 1 und 2 ordnen in der sozialen Pflegeversicherung **Meldepflichten** für versicherungspflichtige Mitglieder und bestimmte Dritte an. Zur entsprechenden Meldepflicht für die private Pflegeversicherung vgl. § 51. § 44 Abs. 3 enthält weitere Meldepflichten, ua für die Pflegekassen. Abs. 3 und 4 regeln darüber hinaus Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten. Außerhalb des SGB XI finden sich weitere **Auskunftspflichten**, zB in § 31 Abs. 2 AO für Finanzbehörden oder § 98 SGB X für Arbeitgeber. Der für die Funktionsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung erforderliche Transfer personenbezogener Daten ist in Abs. 5 und 6 geregelt. Die Missachtung einiger Tatbestände der Ordnungsvorschrift ist bußgeldbewehrt (§ 121 Abs. 1 Nr. 2–4).

III. Meldepflicht der Mitglieder gem. § 20 (Abs. 1)

- 3 Abs. 1 S. 1 verpflichtet Mitglieder zur **unverzüglichen Anmeldung** bei der zuständigen Pflegekasse nach Eintritt der Versicherungspflicht gem. § 20. Abweichend hiervon ist in der GKV (§§ 198 ff. SGB V) die Meldeverpflichtung bis auf wenige Ausnahmen schon im Grundsatz Dritten auferlegt. In der Praxis nimmt jedoch auch in der sozialen Pflegeversicherung kaum ein Mitglied nach § 20 selbst eine Meldung vor. Die Meldepflicht des Mitglieds entfällt, wenn andere, in Abs. 1 S. 2 genannten Stellen nach SGB IV, SGB V bzw. KVLG 1989 eine Meldung abgegeben haben. Verfahrensvereinfachend schließt die Meldung zur GKV die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein, Abs. 1 S. 2 Hs. 2. Eine **Verletzung der Meldepflicht nach Abs. 1 S. 1 ist ordnungswidrig** gem. § 121 Abs. 1 Nr. 2; die Nichtbeachtung der von S. 2 bezuggenommenen Meldepflichten zur GKV kann für Arbeitgeber (§ 111 SGB IV), landwirtschaftliche Unternehmer (§ 57 Abs. 5 KVLG 1989) bzw. in einigen Fällen des SGB V gem. § 397 SGB V zur Bußgeldpflicht führen. Die von S. 3 erfassten freiwillig GKV-Versicherten sind nach § 20 Abs. 3 grundsätzlich versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung. Für diese Personen ist neben der Erklärung des GKV-Beitritts eine weitere Meldung ebenfalls nicht erforderlich.

IV. Meldepflicht für Mitglieder gem. § 21 (Abs. 2)

Abs. 2 regelt eine Meldepflicht für die Mitglieder nach § 21. Meldepflichtig sind die **Stellen, deren Leistungen zur Versicherungspflicht** in der sozialen Pflegeversicherung nach § 21 Nr. 1–5 führen bzw. der Dienstherr für Zeitsoldaten gem. § 21 Nr. 6. Die gesonderte Regelung in Abs. 2 erklärt sich daraus, dass – anders als bei der Meldepflicht gem. Abs. 1 – keine Mitgliedschaft in der GKV besteht, in deren Meldung auch die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung eingeschlossen sein kann. In der Praxis ergeben sich jedoch wenig Unterschiede zu den Fällen des Abs. 1, da für Mitglieder gem. § 21 idR eine gesetzliche Krankenkasse beauftragt oder gewählt ist (§§ 48 Abs. 2 und 3), sodass der Fluss der zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Informationen auch an die Pflegekasse sichergestellt ist.

Abs. 2 Nr. 1 und 3 sind mWv 1.1.2024 an die geänderte Terminologie angepasst worden, die sich durch die Aufhebung des BVG und die Einführung des SGB XIV ergibt. Zum 1.1.2025 wird in Nr. 7 eine Meldepflicht der **Bundeswehrverwaltung für geschädigte Personen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz** aufgenommen. Das SEG tritt zu diesem Zeitpunkt in Kraft, um der Verwaltung die notwendige Zeit für die Vorbereitung der Durchführung des neuen Rechts, einschließlich der Etablierung der erforderlichen Digitalisierung zu geben (BT-Drs. 19/27523, 300). Hingegen hat der Gesetzgeber keine Meldepflicht für Solidargemeinschaften gem. § 21a vorgesehen, obwohl die unter → Rn. 4 dargelegten Erwägungen bei ihren Mitgliedern gerade nicht gelten. Im ersten Anlauf zur Anerkennung der Solidargemeinschaften war noch eine Meldepflicht für Mitglieder vorgesehen, die ihren Status in der sozialen Pflegeversicherung pflichtwidrig der Gemeinschaft nicht erklären (GVWG-RefE v. 23.10.2020, 28; vgl. dazu Hahn NZS 2022, 81 (86)).

V. Auskunfts- und Mitteilungspflichten (Abs. 3 und 4)

Die Auskunfts- und Mitteilungspflichten ergänzen die allgemeine Auskunftspflicht gem. § 60 SGB I und entsprechen den Regelungen der GKV-Parallelnorm § 206 SGB V. Neben Versicherten (Mitglieder und Familienversicherte) sind auch Personen zur Auskunft verpflichtet, die nach objektiven Kriterien als Versicherte in Betracht kommen. Gemäß Nr. 1 muss **auf Verlangen** der Pflegekasse Auskunft zu Tatsachen gegeben werden, die zur Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht sowie zur Aufgabenerfüllung relevant sind. Die Beurteilung der Relevanz der Tatsachen **obliegt der Pflegekasse** (Amtsermittlung; § 20 Abs. 1 SGB X). Die Elterneigenschaft des Mitgliedes zählte bislang nicht zu den Tatsachen, die verpflichtend mitzuteilen sind, weil diese Information nur den Beitragszuschlag entfallen ließ (Obliegenheit). Nach der Einführung eines nach der Zahl der Kinder unter 25 Jahren differenzierenden Beitragssatzes zum 1.7.2023 ist dies anders zu beurteilen.

Versicherungspflicht- und beitragsrelevante Änderungen in den Verhältnissen sind von Versicherten und als Versicherte in Betracht kommenden Personen nach Abs. 3 S. 1 Nr. 2 **unverzüglich mitzuteilen**. Diese Verpflichtung ist in der Vorschrift zweifach durchbrochen. Sie entfällt einerseits, soweit eine Auskunftspflicht des Versicherten gegenüber seinem Arbeitgeber nach § 28o SGB IV besteht und andererseits, wenn eine Änderungsmitteilung nach Nr. 2 an die Pflegekasse durch einen Dritten abgegeben wird. Aus letztgenannter Einschränkung kann für alle Fälle des Abs. 3 in Anlehnung an § 65 SGB I der **allgemeine Grundsatz** abgeleitet werden, dass die Pflegekasse eine Auskunft von dem Verpflichteten nicht verlangen kann, wenn die Information bereits durch Dritte vollständig und ordnungsgemäß mitgeteilt wurde oder die Mitteilung nicht zumutbar ist. Der Versicherte kann auf die ordnungsgemäße Erfüllung der Verpflichtung durch den Dritten grundsätzlich vertrauen, ihn

trifft eine **Nachhaltepflcht nur bei konkreten Anhaltspunkten** für ein Versäumnis. Nach Abs. 4 kann die Pflegekasse bei Verletzungen der Pflichten gem. Abs. 3 Aufwendungsersatz vom Verpflichteten verlangen; gleichzeitig liegt eine Ordnungswidrigkeit nach § 121 Abs. 1 Nr. 3 und 4 (vgl. → § 121 Rn. 6) vor.

VI. Datentransfer mit anderen Sozialversicherungsträgern (Abs. 5 und 6)

- 7 Der von Abs. 5 legitimierte Datentransfer von der Krankenkasse an die zugehörige Pflegekasse ist schon wegen Abs. 1 erforderlich, der die Meldung an die GKV auch für die soziale Pflegeversicherung ausreichen lässt. Alle für die Durchführung der sozialen Pflegeversicherung erforderlichen **personenbezogenen Daten** können danach von der Krankenkasse an die Pflegekasse übermittelt werden. Wegen der Organleihe gem. § 46 Abs. 2 S. 2 ist die Übermittlung vollzogen, wenn die Mitarbeiter der Krankenkasse in Ausübung ihrer Tätigkeit für die soziale Pflegeversicherung auf die personenbezogenen Daten zugreifen. Eine eigenständige Bedeutung kommt Abs. 5 nur im Hinblick auf die Verpflichtung der Krankenkassen zur Übermittlung zu. Datenschutzrechtlich wird die Übermittlung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse auch durch den (weiter gefassten) § 96 abgedeckt. Dort wird für personenbezogene Daten die gemeinsame Verarbeitung durch Krankenkassen und Pflegekassen zugelassen. Dies erfasst nach der Legaldefinition in Art. 4 Nr. 2 DS-GVO und auch der Terminologie von §§ 35 Abs. 2 SGB I, 67b SGB X die Datenübermittlung. Abs. 6 verpflichtet durch den Verweis auf § 201 SGB V, insbesondere dessen Abs. 5 und 6, die Pflegekassen zur Meldung des Eintritts der **Versicherungspflicht für Rentenbezieher** in der sozialen Pflegeversicherung an die RV-Träger.

§ 51 Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

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

(2) ¹Der Dienstherr hat für Heilfürsorgeberechtigte, die weder privat krankenversichert noch Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, eine Meldung an das Bundesamt für Soziale Sicherung zu erstatten. ²Die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten melden die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bei diesen Einrichtungen versicherten Mitglieder und mitversicherten Familienangehörigen an das Bundesamt für Soziale Sicherung.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Meldung des Verstoßes gegen die Versicherungspflicht	3
IV. Meldung des Verzugs mit der Prämienzahlung	6
V. Meldepflicht nach Abs. 2	7
VI. Meldepflicht bei Kündigung der privaten Pflegeversicherung	8

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch das PflegeVG vom 26.5.1994 (BGBl. I 1014) mWv 1.1.1995 eingeführt. Durch das PSG III vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) wurde Abs. 1 mWv 1.1.2017 ergänzt und geändert. Abs. 1 S. 1 wurde dahingehend geändert, dass die Meldungen elektronisch zu erfolgen haben. Näheres zu einer Vereinbarung über das elektronische Meldeverfahren bestimmt nun Abs. 1 S. 3. In Abs. 1 S. 2 wurde die Meldepflicht bei Verzug mit der Prämienzahlung konkretisiert. Durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019 (BGBl. I 2652) wurde mWv 1.1.2020 in Abs. 1 S. 1 u. 3 sowie Abs. 2 S. 1 u. 2 die Bezeichnung Bundesversicherungsamt durch die neue Bezeichnung der Behörde, nämlich Bundesamt für Soziale Sicherung, ersetzt.

II. Normzweck

Die Norm sieht Meldepflichten insbesondere für Fälle vor, in denen Personen, 2 für die eine Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung besteht, einen Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung nicht abgeschlossen haben oder einen geschlossenen Vertrag nicht aufrechterhalten. Nach § 121 sind sowohl der Verstoß gegen die Verpflichtung zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung (§ 121 Abs. 1 Nr. 1), als auch der Verstoß gegen die Meldepflichten nach Abs. 1 S. 1 oder Abs. 3 (§ 121 Abs. 1 Nr. 2) **Ordnungswidrigkeiten**. Die Meldepflicht gem. § 51 dient zusammen mit § 121 dazu, die **Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung durchzusetzen** (s. auch BT-Drs. 12/5262, 120; BT-Drs. 12/5952, 42). Der Verstoß gegen die Meldepflicht nach Abs. 1 S. 2 über den Verzug mit der Prämienzahlung stellt ebenfalls gem. § 121 Abs. 1 Nr. 2 eine Ordnungswidrigkeit dar. Der Verzug selbst ist nach § 121 Abs. 1 Nr. 6 ordnungswidrig. Dadurch wird ein Instrument geschaffen, mit dem der **Zahlungsverpflichtung stärkerer Nachdruck verliehen** werden kann (vgl. die Ausführungen unter → § 121 Rn. 2–5, → § 121 Rn. 8 f.; BT-Drs. 12/5952, 42; BVerfG 31.1.2008 – 1 BvR 1806/02, SGB 2008, 532 ff. (536) = BeckRS 2008, 32554).

III. Meldung des Verstoßes gegen die Versicherungspflicht

Nach Abs. 1 S. 1 besteht für die **privaten Versicherungsunternehmen** eine 3 **Meldepflicht**, wenn bei ihnen privat krankenversicherte Personen gegen die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 23 Abs. 1 S. 1, 2) verstoßen. Zunächst hat das private Versicherungsunternehmen den Versicherten **aufzufordern**, einen Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung abzuschließen. Nach **Abs. 1 S. 1 Alt. 1** hatte das private Versicherungsunternehmen die bei ihm

krankenversicherten Personen, die einen Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung nicht innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des PflegeVG am 1.1.1995 abgeschlossen hatten, unverzüglich dem Bundesversicherungsamt zu melden. Diese Alternative hat durch **Zeitablauf an Bedeutung verloren**. Ebenfalls befristet und nunmehr entfallen ist die Meldepflicht gem. Art. 42 Abs. 4 PflegeVG.

- 4 Der weiterhin aktuelle **Abs. 1 S. 1 Alt. 2** sieht bei **Neuabschlüssen** von privaten Krankenversicherungsverträgen (technischer Versicherungsbeginn nach dem 1.1.1995) eine Pflicht zur unverzüglichen Meldung an das Bundesamt für Soziale Sicherung vor, wenn die nun privat krankenversicherte Person nicht innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des privaten Krankenversicherungsvertrages einen Vertrag über eine private Pflegepflichtversicherung (nach § 23 Abs. 1 oder Abs. 2 S. 1) abgeschlossen hat. Wird nach der Meldung der Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung bei dem Versicherungsunternehmen, das die Meldung abgegeben hat, abgeschlossen, berührt das das Meldeverfahren nicht mehr.
- 5 Seit dem 1.1.2017 bestimmt Abs. 1 S. 1, dass die **Meldung elektronisch** zu erfolgen hat. Nach Einführung des § 51 zum 1.1.1995 wurde zwischen dem Bundesversicherungsamt und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. entsprechendes **Abs. 1 S. 3** (idF bis zum 31.12.2016) der Ablauf des Meldeverfahrens hinsichtlich der Meldungen nach Abs. 1 und Abs. 3 im Einzelnen konkretisiert und war von den Mitgliedsunternehmen des Verbandes zu beachten. Nach der Änderung des Abs. 1 S. 3 waren das Bundesversicherungsamt und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. verpflichtet, bis zum 31.12.2017 eine **Vereinbarung** zur Konkretisierung des elektronischen Meldeverfahrens zu schließen. Diese wurde am 27.11.2017 geschlossen und enthält Regelungen zu den Meldepflichten und -fristen, dem Inhalt der Meldungen, zu deren Übermittlung, Korrektur und Stornierung sowie zur Datenverwendung. Dies wird ergänzt durch zwei Anlagen, die aus einem Konzept zur Datenübermittlung und einem Sicherheitskonzept bestehen. In Abs. 1 S. 3 wird der Abschluss der Vereinbarung allgemein geregelt. Daher dürfte sich die elektronische Meldung nicht nur auf die Meldungen nach Abs. 1 S. 1 beziehen, der als einziger die elektronische Meldung ausdrücklich nennt, sondern auch auf die anderen Meldepflichten der Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. So sieht es auch die Vereinbarung vor. Ziel der Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens war es, die Abgabe der Meldungen zu beschleunigen, zu vereinheitlichen und bei den Beteiligten den Aufwand dafür zu reduzieren (s. Begr. in BT-Drs. 18/10510, 111 f.).

IV. Meldung des Verzugs mit der Prämienzahlung

- 6 Abs. 1 S. 2 sieht für Fälle des **Verzugs mit der Prämienzahlung zur privaten Pflegepflichtversicherung** für sechs Monate ebenfalls eine Meldepflicht der privaten Versicherungsunternehmen vor. Führen die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) für die Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen (kurz: GPV; Einzelheiten unter → § 23 Rn. 14) die private Pflegepflichtversicherung durch, unterliegen sie in dieser Funktion, obwohl sie keine privaten Versicherungsunternehmen sind (vgl. BSG 12.1.2011 – B 12 KR 11/09 R, BSGE 107, 177 = NZS 2011, 856), der Meldepflicht nach Abs. 1 S. 2. Die Meldung ist abzugeben, sobald die Summe aller Prämienrückstände des Versicherungsnehmers in der privaten Pflegepflichtversicherung sechs volle Monatsprämien ergibt. Eine Unterbrechung des Zahlungsverzuges ist also unschädlich (vgl. BT-Drs. 18/10510, 112). Die Prämienzahlung ist nach § 8 Abs. 1 S. 2 MB/PPV als Monatsbeitrag zu entrichten und jeweils am Ersten des Monats fällig. Um zu ermitteln, wann der Versicherungsnehmer mit sechs insgesamt vollen Monatsprämien in Verzug ist, sind dessen Zahlungen zur teilweisen oder vollständi-

gen Begleichung der Prämienrückstände in der privaten Pflegepflichtversicherung zu berücksichtigen. Leistet der Versicherungsnehmer bei Verzug mit der Prämienzahlung für die private Krankenversicherung und die private Pflegepflichtversicherung Zahlungen zur teilweisen Tilgung der Prämienrückstände, ohne sie mit einer Tilgungsbestimmung zu versehen, findet § 366 Abs. 2 BGB Anwendung. Entscheidend ist, dass zum Zeitpunkt der Meldung der Tatbestand, dh Verzug mit sechs insgesamt vollen Monatsprämien, erfüllt ist. Eine Begleichung des Zahlungsrückstandes nach der Meldung ist für das Meldeverfahren unerheblich (vgl. → Rn. 4). Folgt auf den ersten Rückstand mit sechs insgesamt vollen Monatsprämien ein ebenso großer Rückstand, hat das private Versicherungsunternehmen eine **weitere Meldung** abzugeben.

V. Meldepflicht nach Abs. 2

Die Vorschrift sieht in Abs. 2 S. 1 eine **Meldepflicht des Dienstherrn von 7 Heilfürsorgeberechtigten**, die keine private oder gesetzliche Krankenversicherung haben, gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung vor. Kommen diese Personen einer nach § 23 Abs. 4 Nr. 1 bestehenden Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung nicht nach, weil sie keinen Vertrag über eine private Pflegepflichtversicherung abschließen, kann ein Bußgeld für diese Ordnungswidrigkeit gem. § 121 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 nur aufgrund der Meldung verhängt werden (s. BT-Drs. 12/5952, 42). Die Regelung in **Abs. 2 S. 2 ist durch Zeitablauf gegenstandslos** geworden. Danach hatten die PBeaKK und die KVB dem Bundesversicherungsamt die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes am 1.1.1995 bei ihnen versicherten Mitglieder und mitversicherten Familienangehörigen zu melden.

VI. Meldepflicht bei Kündigung der privaten Pflegeversicherung

Nach **Abs. 3** bezieht sich die Meldepflicht der privaten Versicherungsunternehmen auch auf Fälle der Kündigung des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung **ohne Erbringung des Nachweises** für den Abschluss eines **neuen Vertrages über eine private Pflegepflichtversicherung** (vgl. § 23 Abs. 2 S. 4 Hs. 2, § 13 Abs. 2 MB/PPV). Dieser Meldepflicht unterliegen ebenfalls die PBeaKK und die KVB bei der Durchführung der privaten Pflegepflichtversicherung für die GPV. Die Meldepflicht nach Abs. 3 korrespondiert mit § 121 Abs. 1 Nr. 1, der auch den Verstoß gegen die Verpflichtung zur Aufrechterhaltung des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung nach §§ 23 Abs. 1 S. 1, 2, Abs. 4, 22 Abs. 1 S. 2 als Ordnungswidrigkeit einstuft. Nach § 121 Abs. 1 Nr. 2 handelt das Versicherungsunternehmen, das dieser Meldepflicht nicht nachkommt, ebenfalls ordnungswidrig.

Vierter Abschnitt. Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

§ 52 Aufgaben auf Landesebene

(1) ¹Die Landesverbände der Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die nach § 36 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte als Landesverband tätige landwirtschaftli-

che Krankenkasse sowie die Ersatzkassen nehmen die Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen wahr. ²§ 211a und § 212 Abs. 5 Satz 4 bis 10 des Fünften Buches gelten entsprechend.

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

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Organisation der Landesverbände (Abs. 1 und 4)	3
IV. Aufgaben der Landesverbände (Abs. 2)	5
V. Aufsicht (Abs. 3)	7

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hatte weitgehend die Fassung des RegE (§ 49 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 120. Im zweiten Vermittlungsverfahren wurde Abs. 1 S. 2 angefügt (BT-Drs. 12/7323, 3). Abs. 1 S. 1 wurde geändert durch Art. 10 Nr. 3 RVOrgG (vom 9.12.2004, BGBl. I 3242) mWv 1.10.2005 (DRV Knappschaft-Bahn-See), Art. 8 Nr. 23 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) mWv 1.7.2008 (Entfall der Verbände der Ersatzkassen) und Art. 13 Abs. 27 LSV-NOG (vom 12.4.2012, BGBl. I 578) mWv 1.1.2013 (Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau). Abs. 1 S. 2 wurde geändert durch Art. 1 Nr. 23 Pflege-WEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008; Abs. 2 S. 2 wurde angefügt durch Art. 1 Nr. 22 PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) mWv 30.10.2012. Abs. 4 wurde mWv 1.7.2008 ergänzt durch Art. 8 Nr. 23 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378).

II. Normzweck und Überblick

- 2 In der sozialen Pflegeversicherung sind wie in der GKV bestimmte Aufgaben nicht den Versicherungsträgern vorbehalten, sondern auf ihre Landesverbände übertragen. § 52 legt die grundlegende Organisation der Landesverbände der Pflegekassen fest. Nach Abs. 1 und 4 nehmen die Landesverbände der Krankenkassen die Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen wahr. Abs. 2 definiert Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen, Abs. 3 regelt die Aufsicht.

III. Organisation der Landesverbände (Abs. 1 und 4)

- 3 In der sozialen Pflegeversicherung sind **keine eigenständigen Landesverbände der Pflegekassen** vorgesehen. Der durch das GKV-WSG vom 1.7.2008 eingeführte Abs. 4 bestätigte die schon zuvor bestehende hM (vgl. BSG 6.8.1998 – B 3 P 8/97 R, SozR 3–3300 § 73 Nr. 1 = NZS 1999, 298). Danach werden die Landesverbände

der Krankenkassen als identische juristische Person unter einer anderen Bezeichnung („handelnd für die Landesverbände der Pflegekassen“) in der sozialen Pflegeversicherung tätig (vgl. BSG 15.3.2018 – B 3 P 17/17 B, BeckRS 2018, 8483). Die Landesverbände der Krankenkassen haben jeweils einen Hinweis auf diese Aufgabenwahrnehmung in ihre Satzungen aufgenommen (vgl. BT-Drs. 12/5262, 120 zu § 49: keine eigenständige Satzung für die soziale Pflegeversicherung). Die Landesverbände sind in Rechtsstreitigkeiten aktiv- bzw. passivlegitimiert. Dabei sind stets alle Landesverbände als Streitgenossen zu beteiligen (BSG 18.5.2011 – B 3 P 5/10 R, SozR 4-3300 § 71 Nr. 2 = SGB 2012, 484 = BeckRS 2011, 75545).

Die Landesverbände der Krankenkassen sind: die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen (§ 207 Abs. 1 S. 1 SGB V), die DRV Knappschaft-Bahn-See (§ 212 Abs. 3 SGB V) und die SVLFG unter der Bezeichnung landwirtschaftliche Krankenkasse (§ 36 KVLG 1989 iVm § 17 S. 2 KVLG 1989). Nach der Auflösung des Verbandes der Ersatzkassen durch das GKV-WSG werden die Aufgaben des Landesverbandes der Pflegekassen nach Abs. 1 S. 1 Hs. 2 **von den Ersatzkassen selbst** wahrgenommen. Die Ersatzkassen haben einen Verband (vdek) auf der Grundlage von § 212 Abs. 5 S. 1 SGB V in Form einer Arbeitsgemeinschaft gem. § 94 Abs. 1a SGB X gegründet. Dieser kann in der sozialen Pflegeversicherung als gemeinsamer Bevollmächtigter der Ersatzkassen mit Abschlussvollmacht auftreten (**Prozessstandschaft**, § 212 Abs. 5 S. 4–10 SGB V, § 52 Abs. 1 S. 2), dazu BSG 17.12.2009 – B 3 P 3/08 R, BSGE 105, 126 = SozR 4-3300 § 89 Nr. 2 = BeckRS 2010, 69469 und BSG 15.12.2021 – B 3 P 4/19 R, NZS 2022, 759 = KrV 2022, 80. Soweit die Ersatzkassen nicht als Landesverband, sondern als Pflegekasse tätig werden müssen, gilt diese gesetzliche Bevollmächtigung nicht, hier ist jeweils eine besondere Verhandlungs- und Abschlussvollmacht zu erteilen (BSG 16.5.2013 – B 3 P 2/12 R, BSGE 113, 258 = SozR 4-3300 § 85 Nr. 4 = BeckRS 2013, 71713).

Das Verfahren, in dem die Landesverbände ihre Entscheidungen treffen, ist nur teilweise geregelt. Für Tätigkeiten der Landesverbände nach dem **Siebten und Achten Kapitel** sieht § 81 einen Mechanismus zur Entscheidungsfindung vor. Soweit andere Vorschriften des SGB XI eine **gemeinsam und einheitlich** zu treffende Entscheidung verlangen, ist dies als Verweis auf das in § 211a SGB V, § 52 Abs. 1 S. 2 geregelte Verfahren zu verstehen. Da es an weiteren Festlegungen fehlt, obliegt die Verfahrensbestimmung im Übrigen den Landesverbänden selbst. Dabei sind sie weitgehend frei in der Gestaltung, so dass zB auch eine Übertragung von Entscheidungen auf einen Landesverband in Betracht kommen kann.

Die Pflegekassen werden nicht zur Finanzierung der Landesverbände der Krankenkassen herangezogen. § 52 verweist nicht auf die **Finanzierungsnorm des § 211 Abs. 4 SGB V**, da die entsprechende Anwendung des § 211 SGB V nach dem Wortlaut des Abs. 2 S. 1 ausdrücklich nur „für die Aufgaben“ gelten soll. Die personellen und sächlichen Kosten der Landesverbände der Krankenkassen werden daher auch insoweit von der GKV finanziert, als diese Ressourcen für Tätigkeiten in der sozialen Pflegeversicherung eingesetzt werden. Daher sind in der sozialen Pflegeversicherung auch keine Vorgaben für Haushaltsführung, Rechnungslegung und Rechnungsprüfung der Landesverbände geregelt.

IV. Aufgaben der Landesverbände (Abs. 2)

§ 52 Abs. 2 regelt die allgemeinen Aufgaben der Landesverbände in der sozialen Pflegeversicherung. Die Landesverbände sind durch den Verweis in Abs. 2 S. 1 auf § 211 Abs. 2 und 3 SGB V verpflichtet, die Pflegekassen ihrer Mitgliedschaften allg. zu unterstützen bzw. am Gesetzgebungsprozess der sozialen Pflegeversicherung beratend teilzunehmen. Durch das PNG wurde mWv 30.10.2012 eine **Unterstützungspflicht** der Landesverbände für den Spitzenverband Bund in Abs. 2 S. 2 einge-

fügt. Diese Verpflichtung – eine vergleichbare Regelung im SGB V existiert nicht – begründet der Gesetzgeber (BT-Drs. 17/9369, 44) damit, dass Berichte gem. § 10 nur mithilfe der Landesverbände durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt werden könnten. Dessen Unterstützungspflicht in umgekehrter Richtung ergibt sich aus § 217f Abs. 2 SGB V iVm § 53.

- 6 Neben den allgemeinen unterstützenden Aufgaben sind im SGB XI spezifische weitere Aufgaben auf die Landesverbände übertragen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der vertraglichen Regelung der Rechtsbeziehungen zu den Leistungserbringern. Aufgaben sind insbesondere:
- die Erstellung einer Leistungs- und Preisvergleichsliste für zugelassene Pflegeeinrichtungen einschließlich Nutzungsbedingungen (§ 7 Abs. 3 und 4),
 - die Vereinbarung von Rahmenverträgen und ergänzenden Vereinbarungen über die Zusammenarbeit in der Pflegeberatung (§ 7a Abs. 7),
 - die Vereinbarung von Rahmenverträgen zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte (§ 7c Abs. 6),
 - die Sicherstellung der sachgerechten Verteilung der Mittel für Maßnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (§ 8 Abs. 7),
 - die Mitwirkung in Landespflegeausschüssen (§ 8a),
 - die Anerkennung von Stellen zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Festlegung der Vergütungshöhe (§ 37 Abs. 3c S. 4, Abs. 7 S. 1 und 2),
 - die Ermittlung und Veröffentlichung des durchschnittlichen landesweiten Gesamtheimentgeltes der Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 42a Abs. 5),
 - der Abschluss von Rahmenvereinbarungen mit Trägern von Einrichtungen für Pflegekurse (§ 45 Abs. 3),
 - die Erstellung und Veröffentlichung einer Übersicht über die regionalen Netzwerke zur strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren der Pflege (§ 45c Abs. 9 S. 6),
 - der Abschluss von ambulanten und stationären Versorgungsverträgen (§ 72 Abs. 2 S. 1) und deren Kündigung (§ 74),
 - der Abschluss und die Veröffentlichung von Rahmenverträgen über die ambulante und stationäre pflegerische Versorgung (§ 75 Abs. 1 S. 1 u. 2),
 - die Mitwirkung bei der Bildung und Besetzung der Schiedsstelle (§ 76 Abs. 1 und 2),
 - die Vereinbarung des Näheren zur Ausleihe geeigneter Pflegehilfsmittel und zur Unterrichtung der Pflegebedürftigen über die Leihmöglichkeiten (§ 78 Abs. 3),
 - die Prüfung von Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit sowie Abrechnung der Pflegeleistungen durch Sachverständige (§ 79 Abs. 1 und Abs. 4),
 - die Ermittlung des üblichen Vergleichsniveaus der Vergütungen und die Veröffentlichung der zu Grunde liegenden Informationen (§ 82c Abs. 2 u. 5),
 - die optionale Beteiligung am Pflegesatzverfahren (§ 85 Abs. 2 S. 3) und Mitwirkung in Pflegesatzkommissionen (§ 86 Abs. 1 S. 1),
 - die Beteiligung am Pflegeheimvergleich gem. § 92a,
 - der Abschluss von Vereinbarungen über den Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege (§ 106),
 - die Veranlassung von Qualitätsprüfungen (§ 114),
 - die Auszahlung des einmaligen Förderbetrages für Schulungen zur Erhebung von Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität (§ 114b Abs. 3),
 - die Feststellung, ob eine Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht und die Information über die Verlängerung des Prüfrhythmus (§ 114c Abs. 1),
 - die Erstellung von Qualitätsprüfberichten und die Sicherstellung ihrer Veröffentlichung (§ 115 Abs. 1a und 1c) sowie der Informationen gem. § 114 Abs. 1 (§ 115 Abs. 1b),
 - die Entscheidung über Maßnahmen bei Qualitätsmängeln (§ 115 Abs. 2),

- die Zusammenarbeit und die Durchführung von Modellvorhaben mit den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden gem. § 117,
- den Abschluss von Vereinbarungen zu Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen (§ 123 Abs. 5),
- die Sicherstellung der sachgerechten Verfahrensbearbeitung für Sonderleistungen gem. § 150c.

V. Aufsicht (Abs. 3)

Abs. 3 ordnet an, dass bei Tätigkeiten der Landesverbände der Krankenkassen in der sozialen Pflegeversicherung die aufsichtsrechtlichen Regelungen der GKV gem. § 208 SGB V gelten. Zuständig für die Durchführung der **Rechtsaufsicht** ist die oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem der Landesverband der Krankenkasse seinen Sitz hat (§ 208 Abs. 1, Abs. 2 S. 1 SGB V). Die Aufsicht über den vdek führt das Bundesamt für Soziale Sicherung (vgl. für Arbeitsgemeinschaften gem. § 94 SGB X BSG 8.10.2019 – B 1 A 1/19 R, BSGE 129, 135 = BeckRS 2019, 34279).

§ 53 Aufgaben auf Bundesebene

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Organisation des Spitzenverbandes	3
IV. Aufgaben des Spitzenverbandes	4

I. Geltende Fassung

§ 53 wurde neu gefasst durch Art. 8 Nr. 24 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 1 378) mWv 1.7.2008. Die Vorschrift hat die Fassung des RegE zum GKV-WSG (BT-Drs. 16/3100, 62).

II. Normzweck

§ 53 regelt die Errichtung eines Verbandes der sozialen Pflegeversicherung auf Bundesebene. Wie bei den Landesverbänden (§ 52) wird auf die Strukturen der GKV zurückgegriffen.

III. Organisation des Spitzenverbandes

Auf Bundesebene wird in der sozialen Pflegeversicherung kein eigenständiger rechtsfähiger Bundesverband eingerichtet. S. 1 überträgt die Wahrnehmung der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen vielmehr dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Durch den Verweis in S. 2 auf § 217b SGB V werden **keine zusätzlichen Verwaltungsstrukturen** im Spitzenverband Bund der Kran-

kenkassen für die Angelegenheiten der sozialen Pflegeversicherung geschaffen (vgl. BT-Drs. 12/5262, 120; jurisPK-SGB XI/Heidenreich Rn. 7). Daher ist in Rechtsstreitigkeiten der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, handelnd für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, aktiv- und passivlegitimiert. Für die Beschlussfassung gelten die Vorgaben der GKV.

- 3a Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen untersteht gem. S. 2 iVm. § 217d Abs. 1 S. 1 Hs. 1 und Abs. 2 S. 2 SGB V in seiner Funktion in der sozialen Pflegeversicherung der **Rechtsaufsicht des BMG** gem. §§ 87 ff. SGB IV. Eine Aufsicht durch das BMAS gem. § 217d Abs. 1 S. 1 Hs. 2 SGB V erfolgt für Festlegungen gem. § 217f Abs. 3 SGB V. Mangels einer Verbindungsstelle im SGB XI geht der Verweis in S. 2 auf die Aufsichtsbehörden im Rahmen von §§ 217d Abs. 1 S. 2, 219a SGB V in der sozialen Pflegeversicherung ins Leere.
- 3b Der Verweis in S. 2 auf andere als die aufsichtsrechtlichen Vorschriften des § 217d SGB V kommt in der sozialen Pflegeversicherung nicht zum Tragen. Die **Pflegekassen sind keine Mitglieder** des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (vgl. auch § 2 Satzung). Sie werden nicht für die Finanzierung der personellen und sächlichen Ausstattung des Spitzenverbandes Bund herangezogen, auch wenn seine Ressourcen für die Aufgabenerfüllung in der sozialen Pflegeversicherung eingesetzt werden. Daher haben die Vorschriften über das Haushalts- und Rechnungswesen und die Vorschriften über Statistiken und Vermögen in § 217d Abs. 2 S. 1 und 3 ff., Abs. 4 SGB V in der sozialen Pflegeversicherung keine eigenständige Bedeutung. Auch ein **Zwangsgeld entsprechend § 217d Abs. 3 SGB V** kann in der sozialen Pflegeversicherung nicht festgesetzt werden. Die Norm ist auf die GKV zugeschnitten, weil die Zahlung zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 SGB V erfolgt. Der Gesundheitsfonds wird in der sozialen Pflegeversicherung nur aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung als Durchgangsstation für bestimmte Beiträge genutzt (→ § 60 Rn. 15). Eine Zahlung von Zwangsgeld entzöge dem System der sozialen Pflegeversicherung dauerhaft Finanzmittel zu Gunsten der GKV.

IV. Aufgaben des Spitzenverbandes

- 4 Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfüllt in der sozialen Pflegeversicherung die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben (S. 2 iVm § 217f Abs. 1 S. 1 SGB V). Daneben besteht nach § 217f Abs. 2 S. 1 Hs. 1 SGB V die Pflicht zur **Unterstützung der Pflegekassen und Landesverbände** bei deren Aufgabendurchführung. Unterstützende Tätigkeiten können in allen Aufgabenbereichen und damit in der gesamten sozialen Pflegeversicherung geleistet werden. Eine inhaltliche Begrenzung wird durch die Aufzählung in § 217f Abs. 2 S. 1 SGB V („insbesondere“) nicht bewirkt. Hervorgehoben werden dort vereinheitlichende Vorgaben zu Datendefinitionen und Prozessoptimierungen.
- 4a Die weiteren Absätze von § 217f SGB V beinhalten **Unterstützungspflichten und Entscheidungskompetenzen**, die nur zT für die soziale Pflegeversicherung von Bedeutung sind. Ihrer Natur nach nicht anwendbar sind die GKV-spezifischen Aufgaben gem. § 217f Abs. 4, 4a und 7 SGB V. Anders ist dies für die Unterstützung bei der Errichtung **gemeinsamer Portalverbünde** für digitalisierte Verwaltungsleistungen (§ 217f Abs. 2a SGB V, vgl. für die soziale Pflegeversicherung BT-Drs. 19/13438, 62), den Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren (§ 217f Abs. 3 SGB V) und bei Schließung oder Insolvenz einer Pflegekasse im Zusammenhang mit dem Mitgliederübergang der Versicherten (§ 217f Abs. 6 SGB V). Obwohl die sichere Kommunikation mit Versicherten auch in der sozialen Pflegeversicherung von Bedeutung ist, lässt die **Richtlinie nach § 217f Abs. 4b SGB V** (Stand 12.6.2023) über sichere Kommunikation mit Versicherten nicht erkennen, dass ihre Belange berücksichtigt wurden.

Im Rahmen einiger Aufgaben (vgl. → Rn. 6) verpflichten Vorschriften des SGB XI den Spitzenverband Bund zur Schaffung bundesweit einheitlicher Vorgaben. In Umsetzung dessen erlässt der Spitzenverband Bund untergesetzliche Normen, sog. **Verwaltungsinnenrecht**. Die gesetzliche Delegation von Rechtsetzungs-
5 befugnissen auf den Spitzenverband Bund in der sozialen Pflegeversicherung ist grundsätzlich zulässig. Sie ist Ausdruck des Vorranges der Selbstverwaltung (vgl. BT-Drs. 13/3696, 19). In der GKV hat das BSG (19.12.2012 – B 12 KR 20/11 R, SozR 4–2500 § 240 Nr. 17 = USK 2012–179 = BeckRS 2013, 69654) die Übertragung von **Normsetzungsbefugnissen** auf den Spitzenverband Bund gebilligt, da seine Organisation den verfassungsrechtlichen Vorgaben für Träger funktionaler Selbstverwaltung entspreche und durch die Rechtsaufsicht ausreichend demokratische Legitimation vermittelt werde. Gleiches muss gelten, soweit der Spitzenverband Bund in der sozialen Pflegeversicherung rechtsetzend tätig wird. Hier wird die demokratische Legitimationsbasis bei der Rechtsetzung zusätzlich dadurch verstärkt, dass die Rechtsetzungskompetenzen überwiegend einen Vorbehalt der Genehmigung durch die Rechtsaufsichtsbehörde vorsehen. Dementsprechend ging das BSG (10.3.2010 – B 3 P 10/08 R, SozR 4–3300 § 15 Nr. 4 = NZS 2011, 181) für die aufgrund von § 17 aF durch den Spitzenverband Bund erlassenen BRi offenbar davon aus, dass die Schaffung der Richtlinie durch den Spitzenverband Bund mit ausreichender rechtsstaatlicher Legitimation erfolgt war. Zur Bindungswirkung und gerichtlichen Überprüfung von Verwaltungsinnenrecht → § 53d Rn. 10.

Der Aufgabenkatalog des Spitzenverbandes Bund in der sozialen Pflegeversicherung ist seit Inkrafttreten des SGB XI stetig gewachsen. Mit der Ausweitung der Zuständigkeiten des Qualitätsausschusses gem. § 113b ist die Entscheidung von Vertretern für diese Tätigkeit zu einem wesentlichen Aufgabenfeld des Spitzenverbandes Bund geworden. Durch das MDK-ReformG sind zum 1.1.2020 einige Rechtsetzungskompetenzen vom Spitzenverband Bund auf den Medizinischen Dienst Bund übertragen worden; die Tätigkeit des Spitzenverbandes Bund beschränkt sich hier auf die Herstellung eines Benehmens oder ist ganz weggefallen. Zu den Aufgaben gehören:

- die Festlegung der Kriterien für Leistungen der Prävention (§ 5 Abs. 1 S. 3),
- die Abgabe von Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen Standard der elektronischen Übermittlung von Leistungen und Angeboten der Pflegeeinrichtungen (§ 7 Abs. 4 S. 4),
- die Abgabe von Empfehlungen über die Anzahl und Qualifikation von Pflegebe-ratern einschließlich Berichterstattung (§ 7a),
- die Vereinbarung von Empfehlungen zu Pflegestützpunkten in gemeinsamer Trä-gerschaft (§ 7c Abs. 9),
- die Regelung des Näheren für die verschiedenen Aufgaben, die gem. § 8 Abs. 3–10 durch die Mittel des Ausgleichsfonds finanziert werden,
- der Abschluss der Vereinbarung bei Zusammentreffen von Leistungen der Pflege-versicherung und der Eingliederungshilfe (§ 13 Abs. 4 S. 5),
- der Erlass von Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen mit besonders hohem Bedarf (§ 17 Abs. 1b),
- die Berichterstattung über die Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebe-gutachtung und Daten im Zusammenhang mit Anträgen auf Pflegeleistungen (§ 18d Abs. 2 u. 3),
- das Zurverfügungstellen eines Formulars über Beratungseinsätze (§ 37 Abs. 4 S. 2) und der Erlass von Richtlinien zur Dokumentation der Beratungsbesuche (§ 37 Abs. 5),
- der Erlass von Richtlinien zur vermuteten Erforderlichkeit von Hilfsmitteln (§ 40 Abs. 6),
- die Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen für die Versorgung Pflegebedürfti-ger bei Inanspruchnahme von Leistungen gem. § 42a durch die Pflegeperson bis 30.6.2024 (§ 42a Abs. 7),

- die Vereinbarung des Meldeverfahrens für Pflegepersonen (§ 44 Abs. 3 S. 3) und des Verfahrens,
- wenn zehn Pflegestunden nur durch die Pflege mehrerer Personen erreicht werden (§ 44 Abs. 6 S. 1),
- die Förderung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote sowie neuer Versorgungskonzepte für Demenzzranke (§ 45c Abs. 1 S. 1 und 2 iVm Abs. 7 und 8),
- die Förderung bundesweiter Selbsthilfetätigkeiten (§ 45d S. 9),
- die Regelung des Verfahrens der Förderung von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45e Abs. 2 S. 3),
- die Bestimmung des Näheren über die Verteilung der den Krankenkassen zu erstattenden Verwaltungskosten (§ 46 Abs. 3 S. 4),
- der Erlass von Richtlinien zur Zusammenarbeit mit unabhängigen Gutachtern (§ 53a Abs. 1),
- der Erlass von Richtlinien zu Qualifikation und Aufgaben der zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte (§ 53b S. 1),
- der Beschluss von Empfehlungen über geeignete Nachweise für die Elterneigenschaft (§ 55 Abs. 3a S. 2),
- die Vereinbarung von Einzelheiten über den Finanzausgleich mit dem Bundesversicherungsamt (§ 66 Abs. 1 S. 4),
- der Erlass von Richtlinien, wenn keine Pflegeeinrichtung gem. § 71 Abs. 4 vorliegt (§ 71 Abs. 5),
- die Regelung des Näheren zu den Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der von § 72 Abs. 3a, 3b und 3e (§ 72 Abs. 3c),
- die Erarbeitung von Empfehlungen zu den Landesrahmenverträgen (§ 75 Abs. 6 S. 1) und von Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung (§ 75 Abs. 7 S. 1),
- der Abschluss von Verträgen über Pflegehilfsmittel nach dem SGB XI (§ 78 Abs. 1 S. 1), die Erstellung eines Pflegehilfsmittelverzeichnisses (§ 78 Abs. 2 S. 1) und von Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (§ 78 Abs. 2a),
- die Vereinbarung von Vergütung und technischen Rahmenbedingungen für digitale Pflegeanwendungen sowie die Berichterstattung hierzu (§ 78a Abs. 2 und 9),
- die Abgabe von Empfehlungen über sachliche Gründe für eine übertarifliche Vergütung und der Erlass der Pflegevergütungs-Richtlinien (§ 82c Abs. 3 und 4),
- der Erlass der Nachweis-Richtlinien (§ 84 Abs. 7),
- die Regelung des Näheren für die Vereinbarung des Vergütungszuschlages (§ 84 Abs. 10),
- die jährliche Veröffentlichung von Daten des Pflegeheimvergleichs (§ 92a Abs. 6),
- die Festlegung von Unterlagen und Datenträgeraustausch bei der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105 Abs. 2),
- die Regelung der Kostenerstattung für Telematikinfrastruktur (§ 106b Abs. 1 S. 2),
- die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege (§ 113 Abs. 1 S. 1),
- die Abgabe gemeinsamer Empfehlungen zu den Personalanhaltswerten in der stationären Pflege und die Berichterstattung zur einheitlichen Bemessung (§ 113b Abs. 4),
- die Berichterstattung zu Pflegesatzvereinbarungen und Pflegehilfskraftpersonal gem. § 113c Abs. 8 S. 3 ff.,
- der Erlass von Regelungen zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 2a,
- die Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung (§ 114a Abs. 5a),
- die Festlegung eines bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus gem. § 114c Abs. 1 S. 2,

- die Schaffung von Übergangsregelungen gem. § 115a,
- die Förderung von Modellprojekten gem. § 123 und Berichterstattung hierzu gem. § 124,
- die Tragung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege gem. § 125b,
- Maßnahmen während der Corona-Pandemie gem. §§ 150 ff.,
- der Erlass von Richtlinien zum Zahlungsverfahren für Ergänzungshilfen gem. § 154.

Vereinzelte sehen auch Vorschriften außerhalb des SGB XI eine Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen vor, so zB § 349 Abs. 4a SGB III zur Vereinbarung des Näheren über die Abrechnung und Beitragszahlung aus dem Pflegeunterstützungsgeld und § 176a SGB VI zur Beitragserhebung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen.

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

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

(2) Die Richtlinien regeln insbesondere Folgendes:

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Vereinbarungen mit unabhängigen Gutachtern	3
IV. Inhalte der UGu-RL (Abs. 2)	4
V. Zustimmung zur und Änderungen der UGu-RL (Abs. 3)	8

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 24 PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) 1 mWv 30.10.2012 als § 53b eingefügt. Die Vorschrift ist im Gesetzgebungsverfahren unverändert geblieben. Der BR hatte die Streichung empfohlen (BT-Drs. 17/9669, 4), da er die Regelungen des PNG zur Einbeziehung unabhängiger Gutachter insgesamt ablehnte. Abs. 2 Nr. 2 wurde redaktionell geändert durch Art. 1 Nr. 14b PSG III (vom 23.12.2016, BGBl. I 3191) mWv 1.1.2017 und durch Art. 10

Nr. 13 MDK-ReformG (vom 14.12.2019, BGBl. I 2789) mWv 1.1.2020. Durch letztgenannte Änderung wurde § 53b aF zugleich in § 53a überführt.

II. Normzweck und Überblick

- 2 § 53a ist als Begleitnorm zu §§ 18 ff. konzipiert. Sie erteilt den Auftrag an die Selbstverwaltung, organisationsrechtliche Vorgaben für die Beauftragung unabhängiger Gutachter durch die Pflegekassen zu schaffen. Das gesetzgeberische Ziel, eine **einheitliche Rechtsanwendung** zu erreichen, ist in Abs. 1 S. 1 ausdrücklich festgeschrieben. Hierzu hat der Spitzenverband Bund Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern (Unabhängige Gutachter-Richtlinien – UGu-RL) nach § 53a beschlossen. Mit der Einführung von § 53a konnten nicht mehr nur die Medizinischen Dienste Auftraggeber für externe Sachverständige sein (§ 18a Abs. 10, 11; vgl. BT-Drs. 12/5262, 100), sondern nunmehr **auch die Pflegekassen**. Der Gesetzgeber erhoffte sich eine Verfahrensbeschleunigung (BT-Drs. 17/9369, 36).
- 2a Mit Inkrafttreten des MDK-ReformG zum 1.1.2020 ist in § 53d Abs. 2 Nr. 3 eine neue Kompetenz für eine Richtlinie über die Beauftragung externer Gutachter eingefügt worden. Es entstand dadurch ein **Konflikt mit § 53a**, weil jetzt sowohl der Spitzenverband Bund der Pflegekassen als auch der Medizinische Dienst Bund mit der Richtliniensetzung in diesem Bereich beauftragt sind. Richtlinien bedürfen nach beiden Vorschriften einer Genehmigung des BMG, so dass im – wohl eher theoretischen – Fall eines Zuständigkeitsstreits kollidierende Vorgaben verhindert werden. Eine Aufhebung von § 53a hätte nahegelegen. Der Gesetzgeber hat durch das MDK-ReformG zu erkennen gegeben, dass er die Kompetenz für Richtlinien zu externen Gutachtern bei den Medizinischen Diensten ansiedeln möchte. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist mit § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V nur noch eine Vorschrift vorhanden, die § 53d entspricht.

III. Vereinbarungen mit unabhängigen Gutachtern

- 3 Die Vereinbarung zwischen Pflegekasse und unabhängigem Gutachter ist ein zivilrechtlicher Vertrag im Gleichordnungsverhältnis. Die UGu-RL schreiben den Pflegekassen konkrete Vertragsinhalte vor und sind daher nach Abs. 1 S. 2 für die Pflegekassen verbindlich. Eine **Bindungswirkung** für die Gutachter ist zwar nicht entsprechend geregelt. Die Gutachter sind aber mittelbar davon betroffen, da ihnen bei Nichterfüllung der Voraussetzungen kein Auftrag erteilt werden kann. § 53a und die UGu-RL regeln die Vertragsinhalte nicht vollständig. Insbesondere die Höhe der Vergütung bleibt der Verhandlung zwischen den Vertragsparteien Pflegekasse und Gutachter überlassen. Auch die Vereinbarung eines Rahmenvertrages mit jeweils einzelnen konkreten Begutachtungsaufträgen dürfte zulässig sein. Für die Vertragsabwicklung im Übrigen gelten **die allgemeinen Vorschriften des BGB**. Schlechtleistungen wie zB unvollständige Gutachten können zu Mängelgewährleistungsansprüchen der Pflegekasse führen, umgekehrt kann der unabhängige Gutachter aus dem Vertrag weitergehende Ansprüche geltend machen, zB aus Verzug. Für Rechtsstreitigkeiten ist die Sozialgerichtsbarkeit gem. § 51 Abs. 2 S. 2 SGG zuständig.

IV. Inhalte der UGu-RL (Abs. 2)

- 4 Abs. 2 enthält die konkret in den Richtlinien zu regelnden Materien. Die 2013 geschaffene UGu-RL ist mit Beschluss vom 23.11.2016 dem ab 2017 neu gefassten Begriff der Pflegebedürftigkeit angepasst worden.

Abs. 2 Nr. 1 betrifft die Qualifizierung der unabhängigen Gutachter und wird durch Nr. 2 und 3 UGu-RL umgesetzt. Nach BT-Drs. 17/9369, 44, wird kein neuer Beruf geschaffen, sondern **Qualifikations- und Fortbildungsanforderungen** für die Berufsgruppen gestellt, die in § 18a Abs. 10 genannt werden. Dadurch ist dem Vorbehalt des Gesetzes genügt, da das Wesentliche, dh die „statusbildenden“ Normen (vgl. BVerfG 9.5.1972 – 1 BvR 518/62, 308/64, BVerfGE 33, 125 = BeckRS 1972, 104407 – Facharzt), in den Grundzügen gesetzlich geregelt ist. 4a

Abs. 2 Nr. 2 hat Eingang gefunden in Nr. 4 UGu-RL, der im Wesentlichen eine Verpflichtung der Pflegekassen beinhaltet, vertraglich mit dem unabhängigen Gutachter die Verbindlichkeit der für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst maßgeblichen Rechtsgrundlagen und untergesetzlichen Normen zu vereinbaren. Zwar errichtet die Vorschrift kein „Verfahren“ zur **Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung**, wie es der Wortlaut von Abs. 2 Nr. 2 fordert. Jedoch dürfte es sich um den einzig möglichen Weg zur Umsetzung von Abs. 2 S. 2 handeln. Den Pflegekassen steht außer der privatrechtlichen Verpflichtung auf die vom MDK angewandten Begutachtungsgrundlagen keine Einflussmöglichkeit im medizinisch-pflegerischen Bereich auf die Prüftätigkeit der unabhängigen Gutachter zur Verfügung. Anleitungen zu einer bestimmten, einengenden Auslegung der BRi gegenüber den unabhängigen Gutachtern sind jedenfalls unzulässig. 5

Die Sicherstellung der **Dienstleistungsorientierung** gem. Abs. 2 Nr. 3 nimmt Bezug auf § 17 Abs. 1c und wird durch Nr. 5 UGu-RL umgesetzt. Beschwerden über unabhängige Gutachter sind an die Pflegekasse als Auftraggeber zu richten. 6

Abs. 2 Nr. 4 ermächtigt zum Erlass von Richtlinien, die das Qualitätssicherungssystem des Medizinischen Dienstes auf die von den unabhängigen Gutachtern erstellten Gutachten erstreckt. Nr. 6 UGu-RL bezieht die unabhängig erstellten Gutachten in die in- und externe **Qualitätssicherung** durch Stichprobennahmen nach der Richtlinie gem. § 53a S. 1 Nr. 4 Alt. 1 ein und verpflichtet die Gutachter insoweit zur Mitwirkung. 7

V. Zustimmung zur und Änderungen der UGu-RL (Abs. 3)

Die ursprüngliche Fassung der UGu-RL wurde zum 1.1.2017 mit der **nach Abs. 3 erforderlichen Zustimmung des BMG** geändert. Soweit ein erneuter Änderungsbedarf entsteht oder die vereinheitlichte Beauftragung externer Gutachter in der sozialen Pflegeversicherung und gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt werden soll (BT-Drs. 19/13397, 43), sollte dies im Wege der Neufassung durch den Medizinischen Dienst Bund auf der Grundlage von § 53d Abs. 2 S. 1 Nr. 3 erfolgen. 8

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Aufgaben und Qualifikation der Betreuungskräfte	3
IV. Verfahren	5

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.2017 durch Art. 2 Nr. 31 PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) als § 53c eingeführt worden. Die Fassung des Entwurfs, BT-Drs. 18/5926, 41, wurde unverändert ins Gesetz übernommen und entsprach weitgehend § 87b Abs. 3 idF bis 31.12.2016. Die Norm wurde durch Art. 10 Nr. 14 MDK-ReformG (vom 14.12.2019, BGBl. I 2789) mWv 1.1.2020 in § 53b verschoben.

II. Normzweck und Überblick

- 2 § 53b ergänzt § 43b, der einen individuellen Rechtsanspruch der Versicherten auf **Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung** gegen die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen begründet. Unter § 87b idF bis Ende 2016 waren diese Leistungen nicht als unmittelbarer Leistungsanspruch des Versicherten formuliert, sondern davon abhängig, dass die stationäre Pflegeeinrichtung leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung vereinbart hatte und das entsprechende Personal vorhielt (zur früheren Rechtslage BSG 20.4.2016 – B 3 P 1/15 R, SozR 4–3300 § 45b Nr. 2 = NZS 2016, 705). Die Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung ähneln dem Spektrum des im ambulanten Bereich geltenden § 45a. § 53b verpflichtet die Selbstverwaltung, Vorgaben für die Qualifikation und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Einrichtungen zu erarbeiten. Dies ist mit der **Betreuungskräfte-RL** (zuletzt geändert mWv 21.10.2022) geschehen.

III. Aufgaben und Qualifikation der Betreuungskräfte

- 3 Die zusätzlichen Betreuungskräfte sollen die Pflegebedürftigen bei **Alltagsaktivitäten** betreuen und hierzu aktivieren. § 2 Abs. 2 Betreuungskräfte-RL zählt beispielhaft erfasste Tätigkeiten auf, wie zB Malen und Basteln. Eine Übertragung anderer Aufgaben ist unzulässig. Nach § 2 Abs. 4 S. 5 Betreuungskräfte-RL dürfen zusätzliche Betreuungskräfte weder regelmäßig noch planmäßig in körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden. Gem. § 1 Abs. 1 S. 2 Betreuungskräfte-RL sind die zusätzlichen Betreuungskräfte keine Pflegekräfte. Jedoch zeigt § 2 Abs. 4 S. 4 Betreuungskräfte-RL auf, dass die Abgrenzung in der Praxis nicht randscharf möglich ist. Danach gehören zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte auch die **unaufschiebbaren und unmittelbar erforderlichen Hilfen** bei der Durchführung ihrer Betreuungs- und Aktivierungstätigkeiten, wenn eine Pflegekraft nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Vor diesem Hintergrund ist die Verpflichtung in § 53b S. 2 Hs. 2 verständlich, wonach bei der Schaffung der Betreuungskräfte-RL der allgemein anerkannte Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten ist.
- 4 Die Tätigkeit als zusätzliche Betreuungskraft erfordert nach §§ 3, 4 Betreuungskräfte-RL keine therapeutische oder pflegerische Berufsqualifikation, stellt aber

soziale und empathische Anforderungen (soft skills), die für den Umgang mit Pflegebedürftigen erforderlich sind. Mit Alltagswissen ist diese Tätigkeit nicht zu bewältigen, vielmehr ist eine fachliche Qualifikation erforderlich (vgl. LAG MV 23.11.2021, 5 Sa 89/21, BeckRS 2021, 41279 = RDG 2022, 146). Daher ist nach der Betreuungskräfte-RL die Absolvierung eines Praktikums und qualifizierender Maßnahmen verpflichtend. Aus den Regelungen des Pflegesatzverfahrens in § 85 Abs. 8 ergibt sich, dass die Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte nach der Vorstellung des Gesetzgebers durch zusätzliches Personal für dieses Betreuungsangebot, also **nicht durch bereits vorhandene Pflegekräfte, ausgeübt** werden (BT-Drs. 18/5926, 128 zu § 43b) und hierfür sozialversicherungspflichtige (also nicht: geringfügig) Beschäftigte eingesetzt werden sollen (BT-Drs. 18/5926, 138 zu § 85).

IV. Verfahren

S. 2 Hs. 1 sieht im Verfahren zur Schaffung der Richtlinien lediglich eine Beteiligung der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene vor, aber nicht der anerkannten Organisationen gem. § 118. Dies ist inkonsequent, weil der angesprochene Organisationskreis bei den Feststellungen zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen gem. § 113c Abs. 2 S. 2 beteiligt wird. Die Richtlinien bedürfen nach S. 3 der Genehmigung des BMG; S. 4 erklärt ergänzend die weiteren Verfahrensregelungen des § 17 Abs. 2 (Genehmigungsfiktion bzw. Beanstandungsrecht des BMG) für anwendbar. 5

Fünfter Abschnitt. Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund

§ 53c Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung

(1) ¹Die Medizinischen Dienste gemäß § 278 des Fünften Buches haben die ihnen nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. ²Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner ihm nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen.

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

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

erlassenen Richtlinien gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund gemäß § 53d Absatz 2 und 3 fort.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Struktur	2
III. Organisation der Medizinischen Dienste	3
IV. Aufgaben (Abs. 1 und 2)	5
V. Übergangsrecht (Abs. 3)	7

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist durch Art. 10 Nr. 15 MDK-ReformG (vom 14.12.2019, BGBl. I 2789) mWv 1.1.2020 eingeführt worden, sie hat weitgehend die Fassung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung. Durch Art. 10 Nr. 14 desselben Gesetzes wurde die zuvor in § 53c geregelte Ermächtigungsgrundlage für Bestimmungen über die zusätzlichen Betreuungskräfte zu § 53b. Die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste soll dadurch herausgestellt werden, dass für §§ 53c und 53d ein eigener Abschnitt gebildet worden ist (BT-Drs. 19/13397, 98).

II. Normzweck und Struktur

- 2 Mit dem MDK-ReformG wurden zum 1.1.2020 die Strukturen des Medizinischen Dienstes und des Medizinischen Dienstes Bund im SGB V **neu geregelt und selbstständigt**. Die Regelung § 53c verknüpft diese Neuorganisation mit den Regelungen des Elften Buches (BT-Drs. 19/13997, 98). Abs. 1 und 2 beinhalten die Aufgaben der Medizinischen Dienste, Abs. 3 Übergangsvorschriften. Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 stellen ebenso wie § 283 Abs. 3 SGB V klar, dass in der sozialen Pflegeversicherung **keine eigenen Rechtsträger** gebildet, sondern die Aufgaben den nach dem SGB V verfassten Medizinischen Diensten bzw. dem Medizinischen Dienst Bund übertragen werden. Regelungstechnisch abweichend werden dem **sozialmedizinischen Dienst** der Knappschaft die Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung unmittelbar in § 283a Abs. 1 S. 2 SGB V zugewiesen.

III. Organisation der Medizinischen Dienste

- 3 Die Medizinischen Dienste sind **einheitlich in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts** verfasst. Dies war für die Medizinischen Dienste der alten Bundesländer auch schon vor dem MDK-ReformG der Fall, während die Medizinischen Dienste der neuen Bundesländer zuvor als eingetragene Vereine organisiert waren. Zwar formuliert § 278 Abs. 1 SGB V, dass in jedem Bundesland ein Medizinischer Dienst eingerichtet wird, die Vorschrift lässt aber die vorbestehenden, davon abweichenden Strukturen unberührt und ermöglicht auch weitere Zusammenschlüsse. Derzeit existieren in den Ländern 15 Medizinische Dienste. Zur Binnenverfassung, Finanzierung und Aufsicht der Medizinischen Dienste vgl. §§ 279, 280 SGB V.
- 4 Der Medizinische Dienst Bund war ursprünglich als **eingetragener Verein** verfasst. Er ist nach § 281 Abs. 1 S. 1 SGB V jetzt ebenfalls eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, dessen Mitglieder die in den Ländern bestehenden Medizini-

schen Dienste sind. Zur Binnenverfassung, Finanzierung und Aufsicht des Medizinischen Dienstes Bund vgl. §§ 281 Abs. 2 und 3, 282 SGB V.

IV. Aufgaben (Abs. 1 und 2)

Der Kern der den Medizinischen Diensten nach dem SGB XI zugewiesenen Aufgaben, auf die Abs. 1 Bezug nimmt, besteht in der Durchführung der Begutachtungen zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und zur Abgabe von Empfehlungen zur Prävention und Rehabilitation nach §§ 18–18b. Zudem sind die Medizinischen Dienste gem. Abs. 1 S. 2 verpflichtet, den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner ihm zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen. Die gegenläufige Koordinierungs- und Förderungspflicht des Medizinischen Dienstes Bund ist, zusammen mit seinen sonstigen Aufgaben (vgl. Abs. 2), in § 53d geregelt.

Die Fachaufgaben der Begutachtung durch die Medizinischen Dienste werden nach Maßgabe von § 18a Abs. 10 durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte wahrgenommen. Sind mehrere Berufsgruppen beteiligt, richtet sich die Zuweisung der Gesamtverantwortung nicht nach der Grundnorm der gesetzlichen Krankenversicherung in § 278 Abs. 2 SGB V; vielmehr bleibt nach dessen § 278 Abs. 2 S. 3 SGB V § 18 Abs. 7 SGB XI unberührt. Durch diesen (noch nicht an die Verortung ab 1.10.2023 in § 18a Abs. 10 angepassten) Verweis tragen die Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste die Letztverantwortung, weil sie ihre Aufgaben „in enger Zusammenarbeit“ mit anderen Berufsgruppen ausüben.

V. Übergangsrecht (Abs. 3)

Die Übergangsregelung ist in Anlehnung an die Parallelvorschriften in §§ 411, 412 SGB V gestaltet worden, es bedurfte in der sozialen Pflegeversicherung aber keiner zeitlichen Staffelung für verschiedene Aufgaben wie im SGB V. Für die **Medizinischen Dienste der Krankenversicherung** galt die Aufgabenzuweisung nach dem SGB XI idF bis 31.12.2019 bis zu dem Ende des Monats fort, in dem die Satzung des rechtsnachfolgenden Medizinischen Dienstes durch die zuständige Landesbehörde nach § 412 SGB V genehmigt war. Dies erfolgte zu unterschiedlichen Zeitpunkten ab Anfang 2021 bis 30.6.2021. Der **Medizinische Dienst Bund** entstand als Rechtsnachfolger des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund zum 1.1.2022 und nahm ab diesem Zeitpunkt die Aufgaben nach der aktuellen Fassung des SGB XI wahr. Spiegelbildlich endete mit Ablauf des 31.12.2021 die Zuständigkeit des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach dem SGB XI idF bis 31.12.2019, was nach Abs. 3 S. 3 ausdrücklich auch die Befugnisse zur Richtliniensetzung umfasste. S. 4 ordnet die **Fortgeltung der Richtlinien** an, die bis zum Stichtag durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlassen oder geändert worden sind.

§ 53d Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

(1) ¹Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in pflegfachlichen und organisatorischen Fragen. ²Er berät den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in allen pflegerischen Fragen.

(2) ¹Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien

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

²Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 sind bis spätestens 30. Juni 2022 zu erlassen. ³In den Richtlinien ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben und eine Unterteilung entsprechend der Aufgabenbereiche Begutachtungen, Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung vorzunehmen. ⁴Die für den Erlass der Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Daten sind in allen Medizinischen Diensten unter Koordinierung des Medizinischen Dienstes Bund nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise spätestens ab dem 1. Januar 2022 zu erheben und in nicht personenbezogener Form an den Medizinischen Dienst Bund zu übermitteln. ⁵Der Medizinische Dienst Bund wertet die übermittelten Daten unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste aus. ⁶Die Richtlinien nach Satz 1 sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. ⁷Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(3) ¹Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien

1. zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtung,
2. zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat, nach § 17 Absatz 1b,
3. zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a,
4. zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 sowie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung,
5. zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen im Fall guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114c Absatz 1,
6. zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten und
7. zu den von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichten und Statistiken.

²Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. ³Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ⁴Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 sind für die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen verbindlich. ⁵Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 ist für die Medizinischen Dienste verbindlich.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Aufgaben (Abs. 1)	3
IV. Richtlinienkompetenzen (Abs. 2 und 3)	6

I. Geltende Fassung

§ 53d wurde eingefügt durch Art. 10 Nr. 15 MDK-ReformG (vom 14.12.2019, 1 BGBl. I 2789) mWv 1.1.2020. Die Gesetz gewordene Fassung hat weitgehend die Form des Gesetzentwurfes der Bundesregierung. Art. 1 Nr. 19 PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) vollzog mWv 1.10.2023 in Abs. 2 S. 1 die neue Veror- nung der Kompetenz für die Dienstleistungsrichtlinie in § 17 Abs. 1c nach.

II. Normzweck und Überblick

Die Vorschrift regelt die grundlegenden Aufgaben des Medizinischen Dienstes 2 Bund. Neben den allgemeinen Aufgaben nach Abs. 1 sind auch Rechtssetzungsbe- fugnisse enthalten, die von § 53a idF bis Ende 2019 dem GKV-Spitzenverband übertragen waren. Die nach Abs. 2 zu erlassenden Richtlinien richten sich auf die interne Organisation der Medizinischen Dienste; Abs. 3 betrifft Vorgaben für die tägliche Prüfpraxis und ist damit außengerichtet auch für die Pflegekassen von Bedeutung (BT-Drs. 19/13397, 116). Zur Rechtsform und Struktur des Medizini- schen Dienstes Bund vgl. → § 53c Rn. 4.

III. Aufgaben (Abs. 1)

Abs. 1 ist strukturell § 283 Abs. 1 SGB V nachgebildet, nimmt aber die pflegefach- 3 lichen Aufgaben in den Blick. Dem Medizinischen Dienst Bund werden in Abs. 1 S. 1 allgemeine Koordinierungs- und Förderungsverpflichtungen für die Aufgaben- erfüllung und Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in pflegefachlichen und organisatorischen Fragen übertragen. Daneben berät der Medizinische Dienst Bund nach Abs. 1 S. 2 auch den Spitzenverband Bund in pflegerischen Angelegenheiten.

Die koordinativen und (nach Maßgaben von Abs. 2 und 3) regulatorischen Aufga- 4 ben des Medizinischen Dienst Bundes dienen der **Vereinheitlichung der Begut- achtungsmaßstäbe**. Die Vorgängervorschrift war eingeführt worden, nachdem erhebliche regionale Unterschiede in der Begutachtung festgestellt worden waren (BT-Drs. 13/3696, 19). Derartige Effekte sind in der sozialen Pflegeversicherung derzeit zwar nicht zu beobachten. Die Aufgabenstellung bleibt aber auch zukünftig relevant, weil das MDK-ReformG die föderale Struktur der Medizinischen Dienste und damit einen Faktor für eine uneinheitliche Begutachtungspraxis beibehalten hat.

- 5 Über die in § 53c genannten Aufgaben hinaus sieht das SGB XI weitere **Beratungs- und Beteiligungsrechte sowie Berichtspflichten** vor, die vom Medizinischen Dienst Bund wahrgenommen werden (§ 113b Abs. 2 S. 9, § 114a Abs. 6).

IV. Richtlinienkompetenzen (Abs. 2 und 3)

- 6 Abs. 2 und 3 legen fest, zu welchen Bereichen der Medizinische Dienst Bund Richtlinien beschließen kann. In der Übertragung dieser Kompetenzen, die **zuvor dem Spitzenverband Bund** der Pflegekassen zukamen, zeigt sich die vom Gesetzgeber intendierte Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste von den Pflegekassen. Der eigenständige **Regelungsgehalt von Abs. 2 und 3 ist begrenzt**. Die dort aufgeführten Kompetenznormen in anderen Vorschriften des SGB XI stellen die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass von Richtlinien dar. Sie beinhalten zumeist Beteiligungspflichten, verfahrensrechtliche Bestimmungen und Verbindlichkeitsvorgaben, die über § 53d hinausgehen bzw. davon abweichen. Abs. 2 und 3 werden insoweit nur bei ergänzendem Bedarf herangezogen.
- 7 Abs. 2 ermächtigt zur Schaffung von **Richtlinien, die für die Medizinischen Dienste verbindlich** sind (Abs. 2 S. 6). Ihre fachliche Beteiligung ist unabdingbar, weil der Medizinische Dienst Bund nicht über eine entsprechende pflegefachliche Expertise verfügt. Die Richtlinien treten in Kraft nach Genehmigung durch das BMG, dem auch ein Beanstandungsrecht zusteht (Abs. 2 S. 6 und 7). Aus dem Katalog waren die Nr. 1, 4 und 6 schon früher in § 53a iDF bis 31.12.2019 enthalten, im Übrigen sind die Kompetenzen in Anlehnung an § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 4, 5 und 8 SGB V formuliert. Im Einzelnen:
- Die Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren gem. § 17 Abs. 1c (ex § 18b; Nr. 1) sind noch in der vom früher zuständigen Spitzenverband Bund verabschiedeten Fassung vom 5.12.2016 gültig.
 - Die nach Nr. 2 gefasste Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die Begutachtung in der sozialen Pflegeversicherung (RL PBE-SPV) trat erstmals nach Durchlaufen des in Abs. 2 S. 2–5 geregelten Verfahrens am 20.8.2022 in Kraft.
 - Die Kompetenz für Richtlinien über externe Gutachter in Nr. 3 ist identisch in § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V geregelt. Sie wurde auch in der sozialen Pflegeversicherung aufgenommen, um eine einheitliche Bearbeitung (BT-Drs. 19/13397, 43) sicherzustellen. Zur Kollision mit § 53a (ex § 53b) vgl. → § 53a Rn. 2a. Wünschenswert wäre gewesen, wie in der Parallelvorschrift im SGB V eine Kompetenz zum Erlass einer Richtlinie über die Ombudsperson aufzunehmen. Die dortige Ermächtigung gilt nur für die Tätigkeit „nach diesem Buch“ (= SGB V), an die Ombudsperson können sich Versicherte gem. § 18c Abs. 2 S. 6 (ab 1.10.2023, zuvor: § 18 Abs. 3 S. 13), aber auch bei Beschwerden in der sozialen Pflegeversicherung wenden (vgl. auch die Präambel der UOP-RL vom 9.6.2021).
 - Bisher existiert eine Richtlinie zu dem Bereich der Nr. 4 nur in der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Parallelnorm § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB V. Die RL PBE-SPV (vgl. Nr. 2) erwähnt zumindest die Kompetenz gem. Nr. 4.
 - Richtlinien nach Nr. 5 sind für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung bisher nicht verabschiedet worden.
 - Die Richtlinie über die Grundsätze der Fort- und Weiterbildung im Medizinischen Dienst (Nr. 6) ist noch in der ursprünglichen Fassung vom 22.8.2001 gültig.
- 8 Die Richtlinienkompetenzen in Abs. 3 sind inhaltlich aus § 53a iDF bis Ende 2019 übernommen worden. Die **Reihenfolge des Kataloges** orientiert sich jetzt grds. an der Abfolge der jeweiligen Kompetenznormen im Gesetz, die nunmehr auch benannt werden. Die Richtlinien werden im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlassen, weil die Pflegekassen als Hauptauftraggeber der Medizinischen Dienste regelmäßig von ihnen betroffen sind. Die bisherige fachliche

Zusammenarbeit zwischen Spitzenverband Bund und Medizinischem Dienst wird auf diese Weise zugleich fortgesetzt (BT-Drs. 19/13397, 99). Im Einzelnen:

- Nr. 1 Alt. 1 verweist auf die Richtlinienkompetenz aus § 17 Abs. 1, die in die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Pflege-Begutachtungsrichtlinien), zuletzt idF vom 29.10.2023, umgesetzt wurde. Nach Nr. 1 Alt. 2 ist noch keine Richtlinie beschlossen.
- Erstmals auf Nr. 2 gestützt ist die vom Medizinischen Dienst Bund überarbeitete Fassung der Richtlinien zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) vom 29.9.2023.
- Richtlinien nach § 112a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste sind noch vom Spitzenverband Bund 2019 beschlossen und 2021 geändert worden (vgl. § 53c Abs. 3 für die Übergangsregeln).
- Nr. 4 Alt. 1 wird hinsichtlich der Beteiligungspflichten bei der Beschlussfassung über die Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege durch die spezieller ausgestalteten Richtlinienbefugnisse in § 114a Abs. 7 überlagert. Auf Nr. 4 Alt. 2 beruht die Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI vom 11.11.2019.
- Die Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114c Abs. 1 SGB XI (PruP-RiLi) vom 9.3.2023 fallen in den Bereich von Nr. 5.
- Die Kompetenz gem. Nr. 6 hat keinen praktisch relevanten Anwendungsbereich. Schon ihr Vorgänger, § 53a Nr. 1 aF, wurde nicht mehr als eigenständige Ermächtigungsgrundlage herangezogen (vgl. → 5. Aufl. 2018, § 53a Rn. 3).
- Auf dem in Nr. 7 überführten § 53a Nr. 3 aF beruhen die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die von den Medizinischen Diensten für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung zu übermittelnden Berichte und Statistiken (Statistik-Richtlinien – StRi) vom 29.10.2019.

Richtlinien nach Abs. 3 Nr. 1–7 sind gem. Abs. 3 S. 4 und 5 für die Medizinischen Dienste verbindlich. Anders als früher die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund sind die Richtlinien gem. Nr. 1–6 auch für die Pflegekassen verbindlich.

Für Gerichte sind die Richtlinien als Verwaltungsbinnenrecht zwar nicht verbindlich, sie werden aber nur eingeschränkt auf ihre Vereinbarkeit mit der Verfassung und den Gesetzen sowie auf ihre sachliche Vertretbarkeit überprüft (BSG 10.3.2010 – B 3 P 10/08 R, SozR 4–3300 § 15 Nr. 4 = SGB 2013, 87 = NZS 2011, 181; vgl. auch → § 17 Rn. 19 ff.). Zu weitgehend daher Krauskopf/Knittel Rn. 24, der von einer Bindung auch der Gerichtsbarkeit ausgeht, da das Handeln eines MD innerhalb von Richtlinien, die nicht gegen höherrangiges Recht verstoßen, rechtmäßig sei.

Sechstes Kapitel. Finanzierung

Vorbemerkungen zu §§ 54 bis 68

Übersicht

	R.n.
I. Allgemeines	1
II. Beitragsrecht	2
1. Entwicklung des Beitragssatzes	3
2. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur GKV	4
III. Haushaltsrecht	6
IV. Finanzausgleich	7

I. Allgemeines

- 1 Das Sechste Kapitel befasst sich mit dem Beitragsrecht (§§ 54–61), dem Haushaltsrecht (§§ 62–64) und dem Finanzausgleich (§§ 65–68). §§ 54–68 regeln grundsätzlich nur die solidarische Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung, allein § 61 (Zweiter Abschnitt) betrifft auch die private Pflegeversicherung. Verfassungsrechtlich ist die unterschiedliche Bemessung der Beiträge der sozialen Pflegeversicherung in §§ 54 ff. und der Prämien der privaten Pflegeversicherung unbedenklich, vgl. BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1681/94, 1 BvR 2491/94, 1 BvR 24/95, BVerfGE 103, 271 = BeckRS 2001, 30172557; zur Möglichkeit des Rückgriffs auf die private Pflegeversicherung zur Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung Gaßner NZS 2007, 362 ff.; zu den Folgen für den Beitragssatz bei Umgestaltung der sozialen Pflegeversicherung in eine Vollversicherung Cremer NZS 2023, 201 ff.

II. Beitragsrecht

- 2 Die soziale Pflegeversicherung war bis zur erstmaligen Gewährung eines Bundeszuschusses zum Ausgleich der Folgen der Corona-Pandemie durch Art. 1 Nr. 4 Zweites NachtragshaushaltsG 2020 vom 14.7.2020 der **letzte Zweig der Sozialversicherung, der sich ausschließlich durch Beiträge** von Mitgliedern und Arbeitgebern finanzierte (vgl. das Leitbild § 1 Abs. 6 S. 1, zu den steuerfinanzierten Zuschüssen → § 65 Rn. 3a). Im Beitragsrecht folgen die Vorgaben weitgehend dem Vorbild der §§ 220–256a SGB V. Die beitragspflichtigen Einnahmen (§ 57) werden bis zur Bemessungsgrenze (§ 55 Abs. 2) anhand des Beitragssatzes (§ 55 Abs. 1) der Beitragsbemessung zugrunde gelegt. Für die so ermittelte Beitragslast legen §§ 58, 59 den Träger fest. Auf dieser Grundlage wird der tatsächlich Zahlungsverpflichtete bestimmt, gegen den sich der Anspruch der Pflegekasse auf Beitragszahlung richtet (§ 60). Freiwilligen Mitgliedern der GKV ist ggf. ein Beitragszuschuss vom Arbeitgeber zu gewähren (§ 61).

1. Entwicklung des Beitragssatzes

- 3 Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 55 Abs. 1 wird grundsätzlich vom Gesetzgeber geändert. Diesem obliegt es, die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung für die soziale Pflegeversicherung hochzurechnen und den Beitragssatz anzupassen. Zur Ausnahme nach § 55 Abs. 1a vgl. → § 55 Rn. 3a. Der finanzielle Bedarf wurde bei der Schaffung der sozialen Pflegeversicherung wegen

der Leistungshöchstgrenzen der §§ 36 ff. als grundsätzlich prognostizierbar erachtet. Der Beitragssatz betrug **bei Inkrafttreten des SGB XI 1,70 %**. Eine Änderung der Beitragslast für Kinderlose wurde in Folge der Rechtsprechung des BVerfG (3.4.2001 – 1 BvR 1629/94, BVerfGE 103, 242, = NZS 2001, 309; hierzu Estelmann SGB 2002, 245 ff.; vgl. → § 55 Rn. 7 ff.) ab 1.1.2005 in § 55 Abs. 3–4 in Form eines Beitragszuschlages in das Gesetz übernommen. Durch den finanziellen Mehrbedarf im Zuge der schrittweisen Anhebung der Leistungsbeträge und die Ausweitung des Umfangs der Leistungen wurde zum 1.7.2008 eine Erhöhung des Beitragssatzes **um 0,25 % auf 1,95 %** erforderlich. Nach Auffassung der Bundesregierung sollte diese Anpassung ausreichen, die stufenweise steigenden Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bis Ende 2014/Anfang 2015 zu finanzieren, ohne die Mindestreserve von einer Monatsausgabe in Anspruch zu nehmen (RegE zum Pflege-WEG, BT-Drs. 16/7439, 44). Bereits vor Ablauf dieses Zeitraumes ist der Beitragssatz zum 1.1.2013 um weitere **0,1 % auf 2,05 %** erhöht worden. Damit sollten nach BT-Drs. 17/9369, 2, die Mehrkosten durch die zusätzlichen Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen im Rahmen der Übergangsregelung zur häuslichen Betreuung und die Erstreckung der Regelung für die zusätzlichen Betreuungskräfte auf Einrichtungen der teilstationären Pflege bis Ende 2015 gegenfinanziert werden.

Wiederum zuvor, zum 1.1.2015, ist der Beitragssatz durch das PSG I um 0,3 % **auf 2,35 %** angehoben worden. Die Mehreinnahmen sollten nach BT-Drs. 18/1798, 3, die zeitgleich eingeführten Leistungsverbesserungen in den Bereichen Kurzzeit-, Verhinderungs- und Tagespflege sowie die Ausdehnung zusätzlicher Betreuungsangebote gem. § 87b in stationären Einrichtungen und die Erstreckung auf Betreuungsleistungen gem. § 45b auf alle Pflegebedürftige abdecken. Die vergleichsweise starke Anhebung war aber auch schon mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff des PSG II zu erklären. Für dessen Einführung sollte nach dem 6. Pflegebericht, BT-Drs. 18/10707, 131, ein **„gutes Finanzpolster“** von 8,3 Mrd. EUR geschaffen werden. Durch das PSG II wurde der Beitragssatz zum 1.1.2017 nochmals um 0,2 % **auf 2,55 %** angehoben. Die Erwartung des Gesetzgebers, dass der Beitragssatz damit bis in das Jahr 2022 stabil bleiben könne (BT-Drs. 18/5926, 6, 70), erfüllte sich aber nicht. Um das Ziel stabiler Finanzen in der sozialen Pflegeversicherung zu erreichen, erfolgte eine weitere Erhöhung des Beitragssatzes zum 1.1.2019 um weitere 0,5 % **auf 3,05 %**. Die Durchsetzbarkeit einer Steigerung von 1 % (also um fast die Hälfte) binnen vier Jahren zeigte die hohe **gesellschaftliche und politische Akzeptanz** für die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Unter der demografischen Entwicklung, der Ausweitung des Leistungskataloges und den Zusatzbelastungen durch die Corona-Pandemie bzw. die Energiekrise 2022 war erheblicher weiterer Finanzbedarf entstanden. Dieser konnte auch durch die Zuschüsse aus Bundesmitteln gem. § 12a HaushaltsG 2020 und §§ 61a, 153 sowie Darlehen nicht hinreichend abgedeckt werden (vgl. Pfeiffer/Grunenberg SRA 2023, 1 (3)). Das Defizit in der sozialen Pflegeversicherung betrug Ende 2022 2,2 Mrd. EUR. Der Gesetzgeber hat daher zum 1.7.2023 den Beitragssatz für Versicherte, die Eltern sind, **auf nunmehr 3,4 %** angehoben. Bei Kinderlosigkeit kommt ein Zuschlag von 0,6 % hinzu; sind mehrere Kinder unter 25 Jahren vorhanden, sinkt der Ausgangsbeitragssatz in Schritten von 0,25 %. Mit der jüngsten Anhebung ist der Beitragssatz gem. § 55 Abs. 1 S. 1 **binnen 15 Jahren verdoppelt** worden, nachdem er seit Inkrafttreten des SGB XI zunächst mehr als 13 Jahre nicht verändert worden war. Erwartet werden durch die jüngste Erhöhung jährliche Mehreinnahmen von 6,6 Mrd. EUR. Anders als bei den meisten früheren Beitragssatzerhöhungen ist der Gesetzesbegründung des PUEG keine Einschätzung zu entnehmen, wie lange diese Einnahmen den Finanzbedarf sichern können. Es wird lediglich auf eine „Stabilisierung der Finanzsituation“ verwiesen (BT-Drs. 20/6544, 68). Der Ein-

druck, dass die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung aktuell nicht langfristig geplant ist, wird verstärkt dadurch, dass nunmehr eine Verordnungsermächtigung in § 55 Abs. 1a (→ § 55 Rn. 3a f.) für absehbar kurzfristig eintretenden Liquiditätsbedarf eingefügt worden ist. Auch der Bundesrat erachtet die jüngsten Maßnahmen insgesamt als nicht ausreichend, um die Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen (BR-Drs. 165/23, Nr. 19 lit. d). Das BMG soll bis zum 31.5.2024 unter Beteiligung von BMF, BMWK, BMAS und BMFSFJ Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung vorlegen (BT-Drs. 20/6869, 45).

2. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur GKV

- 4 Es bestehen weitreichende Gemeinsamkeiten im Beitragsrecht zur GKV. Bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen entsprechen zB die Bestimmungen über die Beitragsbemessungsgrenze in § 55 Abs. 2 und die Regelungen über die Beitragsfreiheit (§ 56) im Wesentlichen denen der GKV (vgl. § 223 Abs. 3 SGB V bzw. §§ 3 S. 3, 224, 225 SGB V). § 57 folgt bei der Festlegung der **beitragspflichtigen Einnahmen** weitgehend den Regelungen des SGB V. Einen Beitragszuschlag für Kinderlose bzw. an der Kinderzahl orientierten Beitragsabschlag gibt es in der GKV allerdings nicht. Weitere Unterschiede sind: Das Krankengeld unterliegt im Gegensatz zur GKV nach § 57 Abs. 2 der Beitragspflicht (vgl. die entsprechende GRV-Regelung in § 166 Nr. 2 SGB VI). Für satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Mitglieder, die freiwillig in der GKV versichert sind, sieht Abs. 4 S. 3 Hs. 2 eine Sondervorschrift zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen vor. § 57 Abs. 5 beinhaltet eigenständige Regelungen zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen für Mitglieder nach § 26 Abs. 2.
- 5 Die **Beitragstragung** ist ebenfalls ähnlich ausgestaltet wie in der GKV. Für nach § 20 versicherungspflichtige Beschäftigte gilt der Grundsatz der hälftigen Teilung zwischen ihnen und den Arbeitgebern. Jedoch sind die Arbeitgeber bei nach § 20 versicherungspflichtigen Beschäftigten nur dann zur Hälfte tragsungsverpflichtet, wenn das Bundesland der Beschäftigten einen Feiertag gestrichen hat, der stets auf einen Werktag fällt. Diese Besonderheit erklärt sich aus der Entstehungsgeschichte des SGB XI. Im Gesetzgebungsverfahren zur Einführung der sozialen Pflegeversicherung war heftig umstritten, wie die finanzielle Mehrbelastung der Arbeitgeber durch ihren Beitragsanteil zur Pflegeversicherung reduziert werden kann. Diskutiert wurden zunächst ein Bundeszuschuss bzw. ein Zuschuss durch die Bundesländer, der mit durch die soziale Pflegeversicherung eingesparter Sozialhilfe finanziert werden sollte (vgl. → § 65 Rn. 1). Dies mündete in das Regelungssystem des § 58, der eine paritätische Beitragstragung zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern nur in Bundesländern vorsieht, die einen stets auf einen Werktag fallenden **Feiertag** gestrichen haben (→ § 58 Rn. 8 ff.). Auch § 59 Abs. 2 sieht für das Krankengeld die hälftige Verteilung der Beitragslast durch Krankenkassen und Leistungsbezieher vor. Für die übrigen Mitglieder gilt hingegen, dass die Beiträge grds. entweder von ihnen oder vom Träger der in Rede stehenden beitragspflichtigen Einnahme getragen werden (Verweis in § 59 Abs. 1 auf §§ 250, 251 SGB V). Die **Zahlungsverpflichtung** aus § 60 trifft wie in der gesetzlichen Krankenversicherung idR den Träger der Beitragslast. § 61 entspricht inhaltlich den §§ 257 f. SGB V.

III. Haushaltsrecht

- 6 Das Haushaltsrecht der Pflegekassen in den §§ 62–64 legt die Grenzen der zulässigen **Mittelverwendung** und Rücklagenbildung fest. Die Struktur der Vorschriften entspricht den Regelungen der §§ 259–261 SGB V. Sie konkretisieren die allgemeinen Vorschriften der §§ 80 ff. SGB IV (vgl. Samartzis NZS 2009, 361 ff.).

IV. Finanzausgleich

Der kassenartübergreifende Finanzausgleich wird – als Folge des bundesweit geltenden Beitragssatzes (BT-Drs. 12/5262, 122 zu § 52) – zwischen den Pflegekassen in voller Höhe durchgeführt. Nach den Regelungen der §§ 65–68 kann jede Pflegekasse aus dem **Ausgleichsfonds** den umfassenden Ausgleich eines Finanzdefizits verlangen, § 67 Abs. 2. Der Finanzausgleich in der GKV erfolgt dagegen nach den Regelungen des Risikostrukturausgleiches gem. §§ 265 ff. SGB V.

Erster Abschnitt. Beiträge

§ 54 Grundsatz

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

(2) ¹Die Beiträge werden nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 55) erhoben. ²Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt. ³Für die Berechnung der Beiträge ist die Woche zu sieben, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Finanzierungsbestandteile (Abs. 1)	3
IV. Beitragsberechnung (Abs. 2)	5
V. Überleitungsvorschriften (Abs. 3)	6

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. ¹Abs. 2 hat die Fassung des RegE (§ 51 RegE), vgl. Begr. des RegE S. 122. Zu Abs. 1 hatte der AuS-Ausschuss eine Änderung empfohlen (BT-Drs. 12/5920, 50; Begr. BT-Drs. 12/5952, 42); die Fassung des Gesetzes ist im ersten Vermittlungsverfahren (BT-Drs. 12/6424, 3) entstanden. Abs. 3 wurde auf Empfehlung des AuS-Ausschusses angefügt.

II. Normzweck und Überblick

§ 54 enthält einige allgemeine Grundsätze des Beitragsrechts der sozialen Pflegeversicherung, die zT in den folgenden Vorschriften näher ausgestaltet werden. Weitere beitragsrechtliche Grundsätze mit Bedeutung für die soziale Pflegeversicherung finden sich im SGB IV, dort vor allem in den allgemeinen Regelungen (§§ 22–28 SGB IV, diese werden in den §§ 54 ff. teilweise modifiziert) und beim Beitragseinzug (insbesondere § 28d S. 2 SGB IV iVm § 28d S. 1 SGB IV). Das BVerfG hat in mehre-

ren Entscheidungen die soziale Pflegeversicherung und auch die Beitragspflicht für im Grundsatz verfassungsgemäß erachtet, vgl. BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 2014/95, BVerfGE 103, 197 = BeckRS 2001, 20968; 3.4.2001 – 1 BvR 81/98, BVerfGE 103, 225 = BeckRS 2001, 30172604; 3.4.2001 – 1 BvR 1629/94, BVerfGE 103, 242 = NZS 2001, 309; 3.4.2001 – 1 BvR 1681/94, 1 BvR 2491/94, 1 BvR 24/95, BVerfGE 103, 271 = BeckRS 2001, 30172557. Die von BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1629/94, BVerfGE 103, 242 = NZS 2001, 309 beanstandete Schlechterstellung von Familien mit Kindern hat zur Einführung des Beitragszuschlages für Kinderlose in § 55 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung geführt. Nach der Entscheidung des BVerfG 7.4.2022 – 1 BvL 3/18 u.a., NZS 2022, 579 = BeckRS 2022, 11336 sind die Vorschriften über Beitragsabschläge für Mitglieder mit mehreren Kindern unter 25 Jahren ergänzt worden, vgl. → § 55 Rn. 13 ff.

III. Finanzierungsbestandteile (Abs. 1)

- 3 Haupteinnahmequelle der sozialen Pflegeversicherung sind ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 220 Abs. 1 S. 1 SGB V **Beiträge**. Diese werden von Arbeitgebern und Mitgliedern erhoben (§ 1 Abs. 6 S. 1), also nicht von jedem Versicherten (§ 1 Abs. 6 S. 3). Der Pflegekasse stehen neben Beiträgen der eigenen Mitglieder ggf. auch zugewiesene Mittel aus dem Finanzausgleich nach §§ 66 ff. zu. Die sonstigen Einnahmen erfassen ohne Rücksicht auf die Rechtsgrundlage alle weiteren Erlöse, die zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung dienen können, zB Regresse von Leistungserbringern, Geldbußen oder Säumniszuschläge. Abs. 1 erwähnt – anders als § 20 Abs. 1 SGB IV – noch nicht **Bundeszuschüsse** aus allgemeinen Steuereinnahmen (vgl. § 61a), die zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung geleistet werden.
- 3a Kredite an einzelne Pflegekassen sind keine zulässige sonstige Einnahme. Wie in der GKV dürfen Pflegekassen zur Finanzierung der Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung keine Darlehen aufnehmen. Dies gilt auch für die sog. **Kassenverstärkungskredite**, dh kurzfristige, noch innerhalb des laufenden Haushaltsjahres auszugleichende Kredite zur Bewältigung vorübergehender Liquiditätsengpässe (vgl. BSG 3.3.2009 – B 1 A 1/08 R, SozR 4–2500 § 222 Nr. 1 = BeckRS 2009, 62113 zur GKV). Zwar fehlt eine § 220 Abs. 1 S. 2 SGB V entsprechende Vorschrift im SGB XI. Jedoch sind die dort für das Kreditaufnahmeverbot ausschlaggebenden Gründe in der sozialen Pflegeversicherung erst recht gültig. Die soziale Pflegeversicherung ist gleichermaßen beitragszentriert und bildet ein in sich geschlossenes Finanzierungssystem; der umfassende Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen wäre bei einer Kreditaufnahme durch einzelne Träger nicht mehr durchführbar.
- 4 § 51 RegE sah als weitere Einnahmequelle ursprünglich einen durch Ländermittel refinanzierten Bundeszuschuss vor, der im Gesetzgebungsverfahren durch einen staatsvertraglich zu regelnden „Finanzierungsbeitrag der Länder“ ersetzt wurde (BT-Drs. 12/5920, 50, Begr. in BT-Drs. 12/5952, 45 zu § 69). Auf den Widerstand der Bundesländer wurde der Zuschuss im Vermittlungsverfahren ganz gestrichen (BT-Drs. 12/6424, 3).

IV. Beitragsberechnung (Abs. 2)

- 5 Nach Abs. 2 S. 1 werden die Beiträge nach einem Vomhundertsatz bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 55 Abs. 2) von den beitragspflichtigen Einnahmen (§ 57) berechnet. Dieses Umlageverfahren konkretisiert § 1 Abs. 6 S. 2 und folgt dem Solidaritätsprinzip, das auch den anderen Zweigen der Sozialversicherung zu Grunde liegt. Die Höhe des Beitrages ist unabhängig von dem versicherten Risiko.

Demgemäß werden **keine Alters- oder Risikozuschläge** erhoben, auch sind Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung grds. beitragspflichtig (vgl. aber § 56 Abs. 4). Nach Abs. 2 S. 2 sind die Beiträge für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, sofern nicht etwas Abweichendes geregelt ist. Eine solche Durchbrechung ist seit 1.1.2016 in § 57 Abs. 1 S. 2 für die Bezieher von Bürgergeld vorgesehen, vgl. → § 57 Rn. 7 ff. Es erfolgt nach § 23 SGB IV eine **monatliche Erhebung der Beiträge**, wobei zur Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens Abs. 2 S. 3 die Werte für Monats- und Jahreslänge rundet. Bei Versicherungsbeginn oder -ende während des Monats sind jedoch die tatsächlich verbleibenden Tage für die Beitragsberechnung maßgeblich.

V. Überleitungsvorschriften (Abs. 3)

Der Verweis in Abs. 3 auf das Zwölfte Kapitel des SGB V geht fehl. Die damit Bezug genommenen Überleitungsvorschriften anlässlich der Herstellung der Einheit Deutschlands sind jetzt im Vierzehnten Kapitel des SGB V geregelt (§§ 400 ff. SGB V). Ihnen kommt in der sozialen Pflegeversicherung keine Bedeutung mehr zu.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Der Beitragssatz beträgt, vorbehaltlich des Satzes 2, bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. ²Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 ausschließlich nach Maßgabe des Absatzes 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen. ³Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(1a) ¹Die Bundesregierung darf den Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 ausschließlich zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung anpassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht; mehrere Anpassungen durch Rechtsverordnung dürfen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen. ²Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist dem Bundestag vor der Zuleitung an den Bundesrat zuzuleiten. ³Sie kann durch Beschluss des Bundestages geändert oder abgelehnt werden. ⁴Der Beschluss des Bundestages wird der Bundesregierung zugeleitet. ⁵Hat sich der Bundestag nach Ablauf von drei Sitzungswochen seit Eingang der Rechtsverordnung nicht mit ihr befasst, so wird die unveränderte Rechtsverordnung dem Bundesrat zugeleitet.

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

(3) ¹Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). ²Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches. ³Satz 1 gilt auch nicht für Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Num-

mer 3 und Absatz 3 Nummer 2 und 3 des Ersten Buches. ⁴Für diese reduziert sich der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 für jedes Kind ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte; bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. ⁵Satz 4 gilt auch für Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3a) ¹Die Elterneigenschaft sowie die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren müssen gegenüber der beitragsabführenden Stelle, bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen sein, sofern diesen die Angaben nicht bereits bekannt sind. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. ³Die beitragsabführende Stellen und die Pflegekassen sind berechtigt, entsprechende Nachweise anzufordern.

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

(3c) ¹Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und bürgerfreundliches Verwaltungshandeln zu gewährleisten, wird bis zum 31. März 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt. ²Die Bundesregierung berichtet bis zum 31. Dezember 2023 über den Stand der Entwicklung des digitalen Verfahrens.

(3d) ¹Können die Abschläge nach Absatz 3 Satz 4 und 5 von den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen nicht ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden, sind sie so bald wie möglich, spätestens bis zum 30. Juni 2025 zu erstatten. ²In dem Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 gilt der Nachweis unbeschadet des Absatzes 3a auch dann als erbracht, wenn das Mitglied auf Anforderung der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse die erforderlichen Angaben zu den berücksichtigungsfähigen Kindern mitteilt.

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

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Beitragsatz (Abs. 1 und 1a)	3
IV. Beitragsbemessungsgrenze (Abs. 2)	5
V. Beitragszuschlag und -abschlag (Abs. 3–4)	6
1. Beitragszuschlag für Kinderlose	7
a) Grundsatz (Abs. 3 S. 1)	8
b) Ausnahmen (Abs. 3 S. 2)	9
2. Beitragsatz für Eltern	11
a) Entfallen des Beitragszuschlages (Abs. 3 S. 3, Abs. 4)	12
b) Beitragsabschlag (Abs. 3 S. 4 und 5)	13
c) Nachweis der Elternschaft und der Kinderzahl (Abs. 3a–3d) ..	15
VI. Beitragsätze für landwirtschaftliche Unternehmer (Abs. 5)	19

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden und 1 hatte weitgehend die Fassung des RegE (§ 52 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 117 f. Erstmalige Erhöhung des Beitragsatzes in Abs. 1 S. 1 durch Art. 1 Nr. 34 PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008. Weitere Anhebungen erfolgten durch Art. 1 Abs. 25 lit. a PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) mWv 1.1.2013, Art. 1 Nr. 21 PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015, Art. 2 Nr. 32 PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) mWv 1.1.2017, Art. 1 5. SGB XI-ÄndG (vom 17.12.2018, BGBl. I 2587) mWv 1.1.2019. Abs. 1 wurde unter erneuter Erhöhung des Beitragsatzes neu gefasst durch Art. 1 Nr. 20 lit. b PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023. Art. 1 Nr. 20 lit. c PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) fügte mWv 1.7.2023 Abs. 1a ein. Art. 3 BSSichG (vom 23.12.2002, BGBl. I 4637) fasste mWv 1.1.2003 Abs. 2 neu. Durch Art. 1 Nr. 1 KiBG (vom 15.12.2004, BGBl. I 3448) wurden mWv 1.1.2005 Abs. 3 und 4 ange-

fügt. Abs. 3 S. 1 wurde geändert (0,35% statt 0,25%) durch Art. 2 Nr. 13 GVWG (vom 11.7.2021, BGBl. I 2754) mWv 1.1.2022. Abs. 3 S. 4 wurde geändert durch Art. 8 Nr. 25 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) mWv 1.7.2008; Abs. 3 S. 7 wurde geändert durch Art. 12 Abs. 11 Nr. 2 lit. a BürgergeldG (vom 16.12.2022, BGBl. I 2328) mWv 1.1.2023. Abs. 3 wurde neu gefasst, Abs. 3a bis 3d ergänzt durch Art. 1 Nr. 20 lit. d PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023. Abs. 3a S. 1 wurde geändert, S. 3 ergänzt durch Art. 8p Nr. 1 lit. a und b Pflegestudiumstärkungsgesetz (vom 12.12.2023, BGBl. I Nr. 359) mWv 16.12.2023; Art. 8p Nr. 2 und 3 dieses Gesetzes änderten ebenfalls mWv 16.12.2023 Abs. 3c S. 1 und Abs. 3d S. 2. Der vormalige Abs. 3a (eingefügt durch Art. 1 Nr. 34 Pflege-WEG vom 28.5.2008, BGBl. I 874 mWv 1.7.2008) wurde mWv 1.7.2023 zu Abs. 4 durch Art. 1 Nr. 20 lit. e PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155); Abs. 4 idF des KiBG wurde gleichzeitig aufgehoben. Art. 1 Abs. 25 lit. b PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) fügte mWv 1.1.2013 Abs. 5 ein. Abs. 5 S. 1 wurde geändert durch Art. 5 Nr. 1 GKV-VSG (vom 16.7.2015, BGBl. I 1211) mWv 1.1.2016 und durch Art. 12 Abs. 11 Nr. 2 lit. b BürgergeldG (vom 16.12.2022, BGBl. I 2328) mWv 1.1.2023. Art. 6 Nr. 1a FQWG (vom 21.7.2014, BGBl. I 1133) ergänzte mWv 1.1.2015 den durchschnittlichen Beitragssatz in die Formel des Abs. 5 S. 2. Abs. 5 S. 3 wurde neu gefasst und S. 4 angefügt durch Art. 1 Nr. 20 lit. g PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023.

II. Normzweck und Überblick

- 2 § 55 legt drei wesentliche Faktoren der Beitragsberechnung für Versicherte in der sozialen Pflegeversicherung fest. Neben dem **Beitragssatz** (Abs. 1 und Abs. 1a) hat der Gesetzgeber eine **Beitragsbemessungsgrenze** für die nach § 57 beitragspflichtigen Einnahmen (Abs. 2) und einen **Beitragszuschlag** für Kinderlose bzw. den Beitragsabschlag für Versicherte mit vielen Kindern (Abs. 3–4) geregelt. Seit 1.1.2013 enthält die Norm auch die Beitragserhebung für Landwirte, die durch Zuschlag auf den Beitrag der Krankenversicherung erfolgt (Abs. 5).

III. Beitragssatz (Abs. 1 und 1a)

- 3 Der Beitragssatz in Abs. 1 S. 1 ist zum 1.7.2023 durch das PUEG um 0,35 % auf **3,4 %** erhöht worden, vgl. → Vor §§ 54–68 Rn. 3 ff. Er gilt bundesweit einheitlich und wird bei dem jeweiligen Mitglied ggf. durch einen Kinderlosenzuschlag erhöht oder um einen Abschlag bei bestehender Elterneigenschaft vermindert. Die Ersetzung der Maßeinheit „vom Hundert“ durch „Prozent“ anlässlich der Beitragserhöhung zum 1.1.2013 entspricht der Nomenklatur des Handbuches der Rechtsförmlichkeit, Teil B, Rn. 73.
- 3a Seit 1.7.2023 besteht in Abs. 1a S. 1 eine Ermächtigung für die Bundesregierung, den Beitragssatz anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht. Vorgesehen ist zunächst eine Befassung des Bundestages, dem ein Ablehnungs- und Abänderungsrecht zusteht (Abs. 1a S. 2 und 3). Macht er hiervon nach Ablauf von drei Sitzungswochen seit Eingang der Rechtsverordnung keinen Gebrauch, erfolgt nach Satz 5 eine Weiterleitung an den Bundesrat (Abs. 1a S. 5), der zustimmen muss, aber keine Änderungen vornehmen kann (Abs. 1 S. 2). Per Rechtsverordnung beschlossene Erhöhungen dürfen insgesamt 0,5 % seit der jeweils letzten gesetzlichen Anpassung nicht überschreiten (Abs. 1a S. 1 Hs. 2).
- 3b Abs. 1a ist verfassungsrechtlichen Einwänden ausgesetzt. Zwar ist in der Norm das Wesentliche – die maximale Erhöhung des Beitragssatzes und die Umschrei-

bung, wann von der Verordnungsermächtigung Gebrauch gemacht werden darf – geregelt. Allerdings erscheint die Ermächtigung **nicht zur Zielerreichung geeignet und erforderlich**. Eine im Vergleich zum ordentlichen Gesetzgebungsverfahren *kurzfristigere* Beitragssatzerhöhung ist schon dem Grunde nach kein geeignetes Mittel, eine *mittelfristige* Sicherung der Zahlungsfähigkeit (Wortlaut Abs. 1a) zu erreichen. Zudem ist die Behauptung des Gesetzgebers, die gesetzliche Anpassung des Beitragssatzes könne bei kurzfristig entstandenem Finanzbedarf einen zu langen Vorlauf haben (BT-Drs. 20/6983, 79), nicht überzeugend. Im Gegenteil zeigt der Gesetzgebungsprozess für das PUEG die **Wirksamkeit der Beschleunigungsvorschriften** des Art. 76 GG für das Gesetzgebungsverfahren. Zwischen dem Gesetzentwurf und der Verabschiedung im Bundestag lagen ein Monat und zwei Tage. Eine Verfahrensbeschleunigung kann daneben im Verfahren des Abs. 1a noch daraus resultieren, dass kein formelles Einspruchsverfahren im Bundesrat droht. Jedoch ist dieser auch nach Abs. 1a zu beteiligen; Einfluss auf die Dauer dieser Beteiligung hat der Verordnungsgeber nicht. Der Zeitgewinn unter Abs. 1a dürfte daher insgesamt nur wenige Wochen ausmachen. In einem solchen Zeitraum laufen keine nachhaltig erhöhten Beitragseinnahmen auf. Eine Beitragssatzerhöhung von 0,1 % generiert monatlich etwa 140 Mio. EUR (berechnet nach BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand 17.2.2023, S. 20) und wirkt nachhaltig erst zeitversetzt durch Aufsummierung. Dies steht der Erforderlichkeit einer Regelung entgegen, durch die die Öffentlichkeitswirkung eines Gesetzgebungsverfahrens (vgl. hierzu BVerfG 24.3.2021 – 1 BvR 2656/18, 1 BvR 78/20, 1 BvR 96/20, 1 BvR 288/20, BeckRS 2021, 8946 Rn. 265 zum KSG) nachhaltig beschnitten wird. Unabhängig von diesen verfassungsrechtlichen Bedenken birgt ein Vorgehen nach Abs. 1a stets die Gefahr, dass der Bundesrat **seine Zustimmung versagt** und damit den vermeintlichen Zeitvorteil zunichtemacht. Dieses Risiko besteht im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren nicht in gleicher Weise, da für Materien der Sozialversicherung gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG lediglich ein Einspruchsrecht des Bundesrates besteht.

Abs. 1 S. 3 reduziert für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge (vgl. → § 28 Rn. 5 ff.) den Beitragssatz auf die Hälfte. Auch wenn nur vom Beitragssatz nach „Satz 1“ die Rede ist, ist als Berechnungsgrundlage auch eine etwaige Erhöhung des Beitragssatzes durch Verordnung nach Abs. 1a zu berücksichtigen. Abs. 1 S. 3 modifiziert für den Personenkreis des § 28 Abs. 2 in der sozialen Pflegeversicherung den Grundsatz, dass Leistungen der Beihilfe subsidiär sind (BSG 29.4.1999 – B 3 P 15/98 R, SozR 3–3300 § 34 Nr. 1 = Breithaupt 1999, 1061 = BeckRS 1999, 30057668). Beihilfeberechtigte Versicherte der sozialen Pflegeversicherung erhalten die Leistungen nach dem SGB XI von ihren Trägern nur zur Hälfte; das Gesetz geht davon aus, dass der übrige Teil vom Beihilfeträger übernommen wird. Die **Halbierung** des Beitragssatzes gilt für Personen, die selbst einen originären Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben. Woraus dieser resultiert (zB Tätigkeit als Beamter oder Bezug einer (Witwen-)Pension) ist nicht von Bedeutung. Die Halbierung des Beitragssatzes erfasst hingegen nicht Angehörige, deren Aufwendungen im Rahmen der Beihilfe berücksichtigungsfähig sind, die aber selbst keinen Beihilfeanspruch haben, BSG 6.11.1997 – 12 RP 1/97, BSGE 81, 177 = SozR 3–3300 § 55 Nr. 2 = BeckRS 1997, 30002388 für Ehegatten; BSG 6.11.1997 – 12 RP 4/96, SozR 3–3300 § 55 Nr. 1 = NZS 1998, 341 für freiwillig GKV-versicherte Kinder. Der von der Zahl der Kinder abhängige Beitragszuschlag bzw. -abschlag nach Abs. 3 u. 4 wird in gleicher Höhe wie für andere Versicherte hinzugeschlagen bzw. abgezogen. Der Wortlaut von Abs. 3 S. 1 u. 4 verweist auch auf den Beitragssatz nach Abs. 1 S. 3. Daraus folgt, dass der Beitragszuschlag bzw. -abschlag erst nach der Halbierung des Beitragssatzes berücksichtigt wird.

IV. Beitragsbemessungsgrenze (Abs. 2)

- 5 Die Beitragsbemessungsgrenze des Abs. 2 ist wie in der GKV (§ 223 SGB V) an die Jahresarbeitsentgeltgrenze des § 6 Abs. 7 SGB V geknüpft, vgl. zur Verknüpfung mit der Beitragsbemessungsgrenze in §§ 159, 160 SGB VI bis 31.12.2003 die → 2. Aufl. 2000, § 55 Rn. 6. Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich angepasst und ist der jeweiligen Sozialversicherungs-RechnungsgrößenVO zu entnehmen (2023: 59.850 EUR; 2024: 62.100 EUR). Aus der kalendertagsbezogenen Formulierung des Abs. 2 folgt, dass auf unterjährig aufgenommene Tätigkeiten eine entsprechend anteilig geminderte Beitragsbemessungsgrenze zur Anwendung kommt, zur Berechnung vgl. Krauskopf/Baier Rn. 11. Zum 1.1.2001 ist die abweichende Beitragsbemessungsgrenze für die beigetretenen Bundesländer aufgehoben worden, vgl. auch → § 54 Rn. 6.

V. Beitragszuschlag und -abschlag (Abs. 3–4)

- 6 Abs. 3–4 regeln einen Beitragszuschlag zum Beitragssatz gem. Abs. 1 S. 1 und Abs. 1a für kinderlose Mitglieder und einen Beitragsabschlag für Versicherte mit mehreren Kindern unter 25 Jahren. Diese Änderungen wirken **nur auf einen Beitragsanteil, der vom Mitglied zu tragen ist**. Soweit neben dem Mitglied ein Dritter einen Beitragsanteil trägt (typischerweise ein Arbeitgeber), wird dessen Anteil weder durch den Zuschlag erhöht (§ 58 Abs. 1 S. 3) noch durch einen Abschlag vermindert (§ 59a S. 1). Gleiches gilt, wenn das Mitglied selbst keinen Beitragsanteil trägt. Auch dann verändert sich der Beitrag für den zur Tragung verpflichteten Dritten nicht (§ 59 Abs. 5 bzw. § 59a S. 2), das Mitglied trägt ggf. nur den Beitragszuschlag. In der privaten Pflegeversicherung werden Kinderlose und Versicherte mit Kindern beitragsrechtlich gleichbehandelt; dies ist nach BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1681/94, 1 BvR 2491/94, 1 BvR 24/95, BVerfGE 103, 271 = BeckRS 2001, 30172557 nicht verfassungswidrig.

1. Beitragszuschlag für Kinderlose

- 7 Der Beitragszuschlag für kinderlose Mitglieder ist in seiner ursprünglichen Form in Folge der Entscheidung des BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1629/94, BVerfGE 103, 242 = NZS 2001, 309 eingefügt worden, die die Gleichstellung von Mitgliedern mit und ohne Kindern in der sozialen Pflegeversicherung gerügt hatte (zusammenfassend Hungenberg WzS 2005, 104 ff.). In dem System der sozialen Pflegeversicherung, das vor allem für die Altengeneration eingerichtet sei, dessen Finanzierung aber nur durch das Vorhandensein nachwachsender Generationen funktioniere, wirke die **Kindererziehungsleistung** konstitutiv wie eine Beitragszahlung. Der Gesetzgeber setze den Auftrag des BVerfG nicht durch eine Absenkung der Beiträge für Versicherte mit Kindern um, sondern durch eine Erhöhung der Beitragslast für Kinderlose. Zur Folgeentscheidung BVerfG 7.4.2022 – 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16, 1 BvR 2824/17 = BGBl. 2022 I 1023) noch → Rn. 11.
- 8 **a) Grundsatz (Abs. 3 S. 1).** Der Beitragszuschlag für Kinderlose in Abs. 3 S. 1 betrug zunächst 0,25 % ab 1.1.2005, 0,35 % ab 1.1.2022 und ist zum 1.7.2023 auf 0,6 % erhöht worden. Die Erhöhung dient dazu, die Ausgangsrelation zwischen dem regulären Beitragssatz und dem Beitragszuschlag für Kinderlose aus dem Jahr 2005 wieder anzunähern (ca. 18 %) und soll auch die Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderzahl finanzieren (BT-Drs. 20/6544, 69). Er wird von Mitgliedern erhoben, die ihr 23. Lebensjahr vollendet haben und kinderlos sind, so dass der Beitragssatz für diese Personen insgesamt 4,0 % beträgt. Die feste Altersgrenze wurde in Anlehnung an die Familienversicherung gem. § 25 gewählt, in die Versicherte ohne

Erwerbstätigkeit bis zum gleichen Alter einbezogen sind (BT-Drs. 15/3761, 6). Auf die Gründe einer bestehenden Kinderlosigkeit kommt es nicht an (BSG 27.2.2008 – B 12 P 2/07 R, SozR 4–3300 § 55 Nr. 2 = SGB 2008, 291 = BeckRS 2008, 54576), die hiergegen gerichtete Verfassungsbeschwerde wurde nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG 2.9.2009 – 1 BvR 1997/08, SozR 4–3300 § 55 Nr. 3 = SozR 4–1100 Art. 3 Nr. 63 = BeckRS 2009, 39520).

b) Ausnahmen (Abs. 3 S. 2). Abs. 3 S. 2 sieht Ausnahmeregelungen für den Beitragszuschlag für kinderlose Mitglieder vor, die vor dem 1.1.1940 geboren wurden, die Wehr- und Zivildienst leisten oder die Bürgergeld beziehen. Diese Mitgliedergruppen erscheinen willkürlich gewählt. Soziale und verwaltungstechnische Belange, die nach BT-Drs. 15/3837, 8, für **Bezieher von Bürgergeld** angeführt werden, hätten auch Ausnahmen für andere Personengruppen gerechtfertigt. Es liegt hier die Vermutung nahe, dass der Bund sich von dem ihm obliegenden Beitragszuschlag entlasten wollte. Die Ausnahmen zugunsten von **Zivildienstleistenden** sind bereits seit der Aussetzung des Zivildienstes durch § 1a ZDG zum 1.7.2011 gegenstandslos und dennoch in die Neufassung von Abs. 3 zum 1.7.2023 übernommen worden. Eine entsprechende Anwendung auf die Freiwilligendienste, insbesondere den Bundesfreiwilligendienst, ist angesichts des ausdrücklichen Wortlautes der Regelung nicht möglich. Teilnehmer des **freiwilligen Wehrdienstes** gem. § 58b SG sind hingegen von Abs. 3 S. 2 erfasst, da für diesen Personenkreis § 58f SG die Anwendung ua auch der Vorschriften der sozialen Pflegeversicherung zum früheren Grundwehrdienst anordnet.

Das BSG hat alle drei Ausnahmeregelungen unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten nicht beanstandet, BSG 27.2.2008 – B 12 P 2/07 R, BSGE 100, 77 = SozR 4–3300 § 55 Nr. 2 = BeckRS 2008, 54576; die hiergegen erhobene Verfassungsbeschwerde ist vom BVerfG nicht zur Entscheidung angenommen worden, wobei die Ausnahme für die vor dem 1.1.1940 geborenen Mitglieder ausdrücklich gebilligt wurde (BVerfG 2.9.2009 – 1 BvR 1997/08, SozR 4–3300 § 55 Nr. 3 = SozR 4–1100 Art. 3 Nr. 63 = BeckRS 2009, 39520). Zur Kritik an der pauschalen Ausnahme für die Jahrgänge vor dem 1.1.1940 Bauer/Krämer NJW 2005, 180 (181). Den Regelungen im Wesentlichen zustimmend: Wehrhahn jurisPR-SozR 10/2009 Anm. 4.

2. Beitragsatz für Eltern

Abs. 3 S. 3–5 kommen zur Anwendung für Mitglieder, die Eltern sind. Schon seit der Umsetzung der Entscheidung des BVerfG (3.4.2001 – 1 BvR 1629/94, BVerfGE 103, 242 = NZS 2001, 309) ist vorgesehen, dass der Beitragszuschlag für Kinderlose ab dem Nachweis des ersten Kindes entfällt (S. 3). Abs. 3 S. 4 und 5 setzen mWv 1.7.2023 BVerfG 7.4.2022 – 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16, 1 BvR 2824/17 = BGBl. 2022 I 1023 um. Die Beitragerhebung in der sozialen Pflegeversicherung wurde für verfassungswidrig erklärt, soweit keine Beitragsatzdifferenzierung nach der Zahl der Kinder eines Mitgliedes stattfindet. Eine benachteiligende Wirkung bestehe bereits ab einschließlich dem zweiten Kind, weil der **substanziell ansteigenden Kostenlast der Kindererziehung** nicht mit einer (relativen) Beitragsentlastung im Verhältnis zu Versicherten mit weniger Kindern Rechnung getragen werde. Diese Benachteiligung beitragspflichtiger Eltern mit mehr Kindern gegenüber solchen mit weniger Kindern werde (anders als in GKV und GRV) innerhalb des Systems der sozialen Pflegeversicherung nicht hinreichend kompensiert. In Reaktion darauf ist jetzt ein nach der Anzahl der Kinder gestaffelter Beitragsatz vorgesehen.

a) Entfallen des Beitragszuschlages (Abs. 3 S. 3, Abs. 4). Der Beitragszuschlag entfällt nach Abs. 3 S. 3 wie bisher für leibliche Eltern iSd § 56 Abs. 1 Nr. 3

SGB I. Die Stellung als Elternteil wird erworben mit der **Vollendung der Geburt** gem. § 1 BGB. Berücksichtigungsfähig sind dabei nur Kinder, die als Lebendgeburt iSv §§ 21 PStG, 31 PStV zur Welt gekommen sind. Die Einstufung als Elternteil erlischt nach dem Tod des Kindes nicht mehr. Der Beitragszuschlag wird daher auch dann nicht fällig, wenn das Kind unmittelbar nach der Geburt verstirbt oder es die Altersgrenze für den Beitragsabschlag (25. Lebensjahr) vollendet. Zu den Eltern zählen auch Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern nach § 56 Abs. 3 Nr. 2 und 3 SGB I. Abs. 4 schränkt dies allerdings für **Stief- und Adoptiveltern** (nicht für Pflegeeltern) ein. Dieser Personenkreis erwirbt nicht die Elterneigenschaft, wenn das Kind bei Begründung des Stief- bzw. Adoptivverhältnisses die Altersgrenzen der Familienversicherung bereits überschritten hatte oder (nur Stiefeltern) bis zu diesem Alter nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen wurde. Abs. 4 wurde als Abs. 3a in Reaktion auf die Entscheidung des BSG 18.7.2007 – B 12 P 4/06 R, SozR 4–3300 § 55 Nr. 1 = SGB 2007, 539 = BeckRS 2007, 47658; hierzu Koch jurisPR–SozR 24/2007 Anm. 5, geschaffen, das für die schon zuvor bestehende Praxis der Pflegekassen eine gesetzliche Grundlage gefordert hatte. Selbstverständlich kann der von Abs. 4 erfasste Personenkreis die Elterneigenschaft durch andere Kinder erwerben. Haben Adoptiv- und Stiefeltern in der sozialen Pflegeversicherung einmal eine Elterneigenschaft begründet, so entfällt diese nicht wieder, wenn das Kind die Altersgrenze erreicht (BT-Drs. 16/8525, 99). Gleiches gilt auch, wenn die Stellung als Adoptiv- oder Stiefelternteil vorher beendet wird.

- 13 **b) Beitragsabschlag (Abs. 3 S. 4 und 5).** Ab 1.7.2023 ist ein Beitragsabschlag nach Abs. 3 S. 4 auf den Beitragssatz nach Abs. 1 S. 1, Abs. 1a zu berücksichtigen, der sich nicht an die Elternstellung, sondern an die Zahl der Kinder unter 25 Jahren knüpft. Der **Abschlag beträgt 0,25 Beitragssatzpunkte ab dem zweiten Kind** für jedes Kind bis zum fünften Kind einschließlich, so dass der derzeitige Beitragssatz für Mitglieder bis auf 2,4 % abgesenkt werden kann (Mitglieder gem. § 28 Abs. 2: bis auf 0,70 %). Kinder werden für die Berechnung der Höhe des Abschlags bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem sie das 25. Lebensjahr vollenden oder vollendet hätten. Die Berücksichtigung auch verstorbener Kinder begründet der Gesetzgeber **mit dem erheblichen Verwaltungsaufwand für einen Abgleich** von lebenden und verstorbenen Kindern im digitalen Verfahren (BT-Drs. 20/6983, 90). Aus den gleichen Erwägungen bleiben Kinder unter 25 Jahren berücksichtigungsfähig, obwohl die Stellung als Stief-, Adoptiv- oder Pflegeelternteil geendet hat. Diese Sichtweise bietet zugleich den Vorteil, dass damit dieselben Maßstäbe wie bei der Bestimmung der Elterneigenschaft angelegt werden. Daher können auch Kinder unter 25 Jahren, die nach Abs. 4 nicht die Elterneigenschaft begründen, nicht als Kinder nach Abs. 3 S. 4 mitgezählt werden.
- 14 Die Altersgrenze ist in Anlehnung an die regelmäßige **Höchstaltersgrenze für die Familienversicherung** gem. § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 gewählt. Das BVerfG hatte es dem Gesetzgeber überlassen, ob die Erziehungsleistungen lebenslang honoriert werden oder nur für Zeiten, in denen typischerweise Erziehungsleistungen erbracht werden (BVerfG 7.4.2022 – 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16, 1 BvR 2824/17 = BGBl. 2022 I 1023 Rn. 371).
- 15 **c) Nachweis der Elternschaft und der Kinderzahl (Abs. 3a–3d).** Abs. 3a–3d regeln die Einzelheiten des Nachweises von Elternschaft und Kinderzahl. Nach dem Recht bis 30.6.2023 handelte es sich bei der Nachweisführung um eine **Obliegenheit** der Mitglieder. Die nunmehr geltenden Vorschriften machen die Angabe der Zahl und Geburtsdaten der Kinder weitgehend zu einer meldepflichtigen Tatsache. Adressaten des Nachweises sind nach Abs. 3a S. 1 die **beitragsabführende Stelle** bei abhängig Beschäftigten und die **Pflegekasse bei Selbstzahlern**. Zur Form des Nachweises der Elternschaft sind vom Spitzenverband Bund bereits nach dem Recht vor dem 1.7.2023 Gemeinsame Empfehlungen erlassen worden. Aus

Abs. 3a S. 1 Hs. 2 folgt aber, dass nicht die Einhaltung einer bestimmten Nachweisform, sondern die tatsächliche Kenntnis der Pflegekasse bzw. beitragsabführenden Stelle entscheidend ist. Zum 1.1.2024 ergänzt wurde in Abs. 3a S. 3 der beitragsabführenden Stelle und den Pflegekassen die datenschutzrechtliche Befugnis eingeräumt, einen Nachweis über die berücksichtigungsfähigen Kinder zu verlangen (vgl. BT-Drs. 20/8901, 172).

Abs. 3c entwickelt den Nachweis nach Abs. 3a weiter und bestimmt, dass bis 16 31.3.2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt wird. Die Gesetz gewordene Fassung lässt allerdings nicht mehr erkennen, wer die Entwicklung leisten soll; nach BT-Drs. 20/6983, 91 sind dies **BMG und BMAS im Einvernehmen mit BMI und BMEL**. Dafür ist in Abs. 3c S. 2 eine Berichtspflicht der Bundesregierung neu aufgenommen worden. Die Ausgestaltung des digitalen Verfahrens ist noch nicht gesetzlich geregelt. In der Beschlussempfehlung des Finanzausschusses zum Wachstumschancengesetz (BT-Drs. 20/9341, 163, Begr. BT-Drs. 20/9396, 38) ist die Schaffung von §§ 55a, 55b vorgesehen. Gem. § 55a sollen ab 1.7.2025 die erforderlichen Daten von abhängig Beschäftigten durch die beitragsabführenden Stellen von dem Bundeszentralamt für Steuern abgerufen werden; § 55b sieht vor, dass die Pflegekassen die Informationen für Selbstzahler über die zentrale Stelle nach § 81 EStG vom Bundeszentralamt erhalten. Der Gesetzentwurf ist am 24.11.2023 vom Bundesrat **in den Vermittlungsausschuss überwiesen worden** (BT-Drs. 20/9524). Es ist davon auszugehen, dass die Gemeinsame Empfehlung des Spitzenverbandes Bund nach Abs. 3a langfristig an Bedeutung verlieren wird, wenn das Verfahren nach Abs. 3c eingeführt worden ist.

Abs. 3b legt die **zeitliche Wirkung des Nachweises von berücksichtigungsfähigen Kindern** fest. Die bisherige Regelung des Abs. 3 S. 5 i d F bis 30.6.2023 wurde für den Beitragszuschlag von Abs. 3b S. 1 Hs. 2 fortgeführt. Auch für Kinder, die weniger als drei Monate vor dem 1.7.2023 geboren wurden, ließ die Nachweisführung binnen drei Monaten den Beitragszuschlag rückwirkend auf den Beginn des Monats der Geburt entfallen. Im Übrigen wirken nach Abs. 3b S. 1 Hs. 1 für vor dem 1.7.2023 geborene Kinder erbrachte Nachweise ab dem 1.7.2023 und nach Abs. 3b S. 2 für Kinder, die zwischen 1.7.23 und 30.6.25 geboren sind, ab dem Beginn des Monats der Geburt. Für den Nachweis von Kindern dieser Geburtsdaten ist keine Frist zur Begrenzung der Rückwirkung im Gesetz vorgesehen. Daher werden Kinder, die vor dem 1.7.2023 geboren sind, aber zunächst nicht nachgewiesen wurden, nach dem Wortlaut des S. 1 Hs. 1 auch dann rückwirkend bei der Berechnung von Beitragsabschlägen bzw. Erstattung von Beitragszuschlägen auf diesen Stichtag berücksichtigt, wenn der Nachweis (möglicherweise Jahre) verspätet eingereicht wird. Gleiches gilt mit einer Rückabwicklung bzw. Erstattung bezogen auf den Monat der Geburt für Kinder, die zwischen 1.7.2023 und 30.6.2025 geboren worden sind. Die rückwirkende Berücksichtigung wird für bis 30.6.2025 geborene Kinder im Ergebnis **nur durch die Verjährungsfristen begrenzt**. Eine Begrenzung wie nach früherer Rechtslage ist hingegen für Kinder vorgesehen, die ab 1.7.2025 geboren werden und für die ein analoger Nachweis durch die Eltern geführt wird; hier wirkt der Nachweis auf den Beginn des Monats der Geburt, wenn er binnen drei Monaten eingereicht wird, und ansonsten ab dem Beginn des Monats nach Einreichung (Abs. 3b S. 3 Hs. 1). Wird jedoch zukünftig von der beitragsabführenden Stelle bzw. der Pflegekasse das – noch nicht existierende – digitale System des Nachweises nach Abs. 3c S. 1 genutzt, tritt unabhängig vom Zeitpunkt des Abrufes für das Mitglied eine **Rückwirkung auf den Beginn des Monats der Geburt** ein (Abs. 3b S. 3 Hs. 2). Die Wahl des Stichtages 1.7.2025 begründet der Gesetzgeber damit, dass bis 1.4.2025 das digitale Verfahren zum Nachweis der Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder entwickelt und die Rückab-

wicklung nach Abs. 3d weitere drei Monate in Anspruch nehmen wird (BT-Drs. 20/6983, 91).

- 18 Nach Abs. 3d S. 1 sind die Beitragsabschlüsse, die von den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen nicht ab dem 1.7.2023 berücksichtigt werden können, so bald wie möglich, spätestens bis zum 30.6.2025 zu erstatten. Dieser Anspruch ist nach § 27 SGB IV zu verzinsen (BT-Drs. 20/6983, 91 zur Streichung des ursprünglich vorgesehenen Verzinsungsausschlusses). Abs. 3d S. 2 enthält eine Fiktionswirkung, die sich an die Angaben der Mitglieder über die berücksichtigungsfähigen Kinder knüpft. Nach BT-Drs. 20/6983, 92 darf die beitragsabführende Stelle bzw. die Pflegekasse die auf ihr Verlangen von den Mitgliedern gemachten Angaben über berücksichtigungsfähige Kinder **in der Übergangszeit bis 30.6.2025 ohne weitere Prüfung** für die Bestimmung des Beitragssatzes zu Grunde legen. Der zum 1.1.2024 nachträglich eingefügte Verweis auf Abs. 3a soll datenschutzrechtlich Klarheit schaffen, dass die zuständigen Stellen im Übergangszeitraum einen Nachweis über die berücksichtigungsfähigen Kinder verlangen dürfen (BT-Drs. 20/8901, 173). Nach Ablauf der Übergangsfrist kann zwischen einer analogen Nachweisführung und der nach dem Willen des Gesetzgebers bis dahin entwickelten digitalen Nachweisführung gewählt werden, spätestens dann ist eine Überprüfung des Nachweises vorzunehmen. Nicht geregelt ist, ob in der Übergangszeit auch dann eine Rückabwicklung auf den 1.7.2023 bzw. den Geburtsmonat vorgenommen werden muss, wenn aufgrund fehlerhafter Angaben des Mitgliedes die Zahl der berücksichtigungsfähigen Kinder zunächst falsch bestimmt worden ist. Da die Fiktion nur den Prüfaufwand anlässlich der Einführung der Vorschriften verringern soll, ist auch in einem solchen Fall eine **Rückabwicklung auf den jeweils maßgeblichen Stichtag** erforderlich. Insbesondere für beitragsabführende Stellen (Arbeitgeber) kann sich aus der Rückabwicklung erheblicher Mehraufwand ergeben, weil ggf. jede Monatsabrechnung korrigiert werden muss und dies uU durch mehrere Arbeitgeber.

VI. Beitragssätze für landwirtschaftliche Unternehmer (Abs. 5)

- 19 Der zum 1.1.2013 eingefügte Abs. 5 hat die Regelungen des früheren § 57 Abs. 3 weitgehend unverändert in Abs. 5 übertragen. Abs. 5 S. 1 legt fest, dass der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung für landwirtschaftliche Unternehmer und deren mitarbeitende Familienangehörige in Form eines **Zuschlages zum Beitrag zur Krankenversicherung** nach KVLG 1989 erhoben wird. Die Beitragsbemessung für Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige in der Krankenversicherung folgt den Regelungen des KVLG 1989, die sich von denen des SGB V grundlegend unterscheiden. Die Beitragshöhe in der KVdL wird nach Beitragsklassen festgesetzt, in die anhand der **abstrakten Ertragskraft** aus Arbeitsbedarf, Arbeitswert oder Arbeitsaufwand eingeteilt wird, nicht nach dem tatsächlichen Einkommen (§ 40 KVLG 1989 iVm §§ 40 ff. Satzung der SVLFG, vgl. BSG 29.2.2012 – B 12 KR 7/10 R, BSGE 110, 151 = SozR 4–5420 § 40 Nr. 1 = BeckRS 2012, 72343). Der Zuschlag kann unmittelbar aus den gesetzlich festgelegten Beitragssätzen errechnet werden. Einer Ermächtigung für das BMG zur Festsetzung der Zuschlagshöhe, wie bis 2013 vorgesehen, bedarf es nicht mehr (BT-Drs. 17/9369, 44).
- 20 Die relative finanzielle Mehrbelastung durch die soziale Pflegeversicherung soll für Versicherte nach KVLG 1989 und nach SGB V gleich hoch sein. Daher knüpft S. 2 die Höhe des Zuschlages nicht an die tatsächlich erzielten Einnahmen der Landwirte, sondern erhöht den von ihnen nach KVLG 1989 zu zahlenden Beitrag zur GKV **um denselben Prozentsatz**, um den der nach Abs. 1 S. 1 zu zahlende Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung den allgemeinen Beitragssatz zur GKV gem. § 241 SGB V steigert. Die Formel berücksichtigt den zum 1.1.2015 eingeführ-

ten durchschnittlichen Beitragssatz der GKV, verweist aber nicht auf Abs. 1a. Jedoch muss der Zuschlag für landwirtschaftliche Unternehmer und mitarbeitende Familienangehörige nach Sinn und Zweck der Vorschrift **unter Einbeziehung einer durch Rechtsverordnung erfolgten Erhöhung** berechnet werden. Abs. 5 S. 3 und 4 vollziehen auch die Erhöhung durch den Zuschlag für Kinderlose und die Beitragsabschläge für Mitglieder mit mehreren Kindern unter 25 Jahren nach. Der Zuschlag nach Abs. 5 wird für Kinderlose bzw. Versicherte mit mehreren Kindern entsprechend dem Verhältnis von Kinderlosenzuschlag zum Beitragssatz nach Abs. 1, 1a erhöht bzw. in Höhe des Verhältnisses des Beitragsabschlages zu diesem Beitragssatz gesenkt. Nach Abs. 5 S. 4 Hs. 2 findet § 59a S. 2 für mitarbeitende Familienangehörige keine Anwendung. Dies soll nach BT-Drs. 20/6544, 7 mitarbeitende Familienangehörige mit mehr als einem Kind nicht von der Möglichkeit von Abschlägen für Eltern ausschließen. Die Entlastungswirkung kommt hier keinem familienfremden Dritten zugute, sondern einem Angehörigen. Nach § 59 Abs. 1 S. 1 iVm § 48 KVLG 1989 trägt der landwirtschaftliche Unternehmer die Beitragslast.

Abs. 5 gilt ausschließlich für die Personengruppen des § 2 Abs. 1 Nr. 1–3 KVLG 1989. Die anderen landwirtschaftlichen Pflicht- und freiwillig Versicherten, zB Altenteiler (§ 20 Abs. 1 Nr. 4 bzw. Nr. 5, § 45 KVLG 1989) oder Rückkehrer gem. § 20 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 unterliegen den **allgemeinen Beitragssätzen der § 55 Abs. 1–3**, da sie in Abs. 5 nicht erwähnt werden (vgl. auch § 121 Satzung SVLFG). Landwirtschaftliche Unternehmer, die auch Bürgergeld beziehen, sind ab 1.1.2016 aus dem Adressatenkreis des Abs. 5 ausgenommen worden. Seitdem wird diese Personengruppe beitragsrechtlich nur noch nach den Vorschriften für Bezieher von Bürgergeld erfasst, dh für sie wird der pauschale Beitrag gem. § 57 Abs. 1 S. 2 iVm Abs. 1, 1a abgeführt. Zuvor hatte seit dem GKV-WSG ab 1.4.2007 die zweifache Versicherungspflicht aus § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2a und Nr. 3 zu **doppelter Beitragspflicht** geführt (zur Krankenversicherung vgl. BSG 27.6.2012 – B 12 KR 17/10 R, SozR 4–5420 § 2 Nr. 2 = SGB 2013, 281 = BeckRS 2012, 72902). Die mehrfache Beitragspflicht dürfte in der sozialen Pflegeversicherung aber noch immer möglich sein für mitarbeitende Familienangehörige, die Bürgergeld beziehen. Sie sind nicht aus dem Anwendungsbereich von Abs. 5 ausgenommen und können gleichzeitig nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2a und 3 (KVdL: § 2 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 6 KVLG 1989) versicherungs- und beitragspflichtig sein.

§ 56 Beitragsfreiheit

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

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

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

Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes begründet wurde,

4. den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen Lebenspartner eines Beziehers von Landabgabrente.

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

- (3) ¹Beitragsfrei sind Mitglieder für die Dauer des Bezuges von Mutterschafts- oder Elterngeld. ²Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen.

[Fassung des Abs. 4 vom 1.1.2024 bis 31.12.2024:]

(4) Beitragsfrei sind auf Antrag Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 74 Satz 1 Nummer 1 des Vierzehnten Buches oder Pflegeleistungen für Geschädigte nach § 146 Absatz 2 des Vierzehnten Buches in Verbindung mit § 43 des Elften Buches, nach § 44 des Siebten Buches, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 25 besteht.

[Fassung des Abs. 4 ab 1.1.2025:]

(4) Beitragsfrei sind auf Antrag Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 74 Satz 1 Nummer 1 des Vierzehnten Buches oder Pflegeleistungen für Geschädigte nach § 146 Absatz 2 des Vierzehnten Buches in Verbindung mit § 43 des Elften Buches, nach § 44 des Siebten Buches, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes, nach § 16 Nummer 8 des Soldatenentschädigungsgesetzes in Verbindung mit § 17 des Soldatenentschädigungsgesetzes oder nach Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 25 besteht.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Familienversicherte (Abs. 1)	3
IV. Rentenantragsteller (Abs. 2)	4
1. Hinterbliebene (Abs. 2 S. 1)	6
2. Ausnahmen (Abs. 2 S. 2)	9
V. Bezieher von Mutterschafts- und Elterngeld (Abs. 3)	10
VI. Dauerhafter Aufenthalt in stationärer Pflege (Abs. 4)	12
VII. Bezug von Pflegeunterstützungsgeld	15

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG weitgehend idF der RegE (§ 54 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 122, eingeführt worden. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses (§ 53 Beschlussempfehlung) wurde Abs. 4 geändert (BT-Drs. 12/5920, 51); zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 42. Abs. 1

wurde auf Lebenspartner durch Art. 1 § 56 Nr. 9 LPartG (vom 16.2.2001, BGBl. I 266) mWv 1.8.2001 erweitert; dies wurde durch Art. 11 Nr. 14 lit. a PpSG (vom 11.12.2018, BGBl. I 2394) mWv 1.1.2019 wieder gestrichen. Abs. 2 S. 1 durch Art. 6 Nr. 1 ASRG 1995 iVm Art. 48 ASRG 1995 (vom 29.7.1994, BGBl. I 1890) mWv 1.1.1995 terminologisch an das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte angepasst. In Abs. 2 S. 1 Nr. 1, 3 und 4 wurden Lebenspartner gleichgestellt durch Art. 11 Nr. 14 lit. b PpSG (vom 11.12.2018, BGBl. I 2394) mWv 1.1.2019. In Abs. 3 S. 1 wurden das Elterngeld durch Art. 2 Abs. 21 EGBEEG (vom 5.12.2006, BGBl. I 2748) und das Betreuungsgeld durch Art. 2 Abs. 4 BetreuungsgeldG (vom 15.2.2013, BGBl. I 254) mWv 1.8.2013 aufgenommen; das Betreuungsgeld wurde gestrichen durch die Neufassung von S. 1 durch Art. 3 Zweites Elterngeld- und Elternzeit ÄndG (vom 15.2.2021, BGBl. I 239) mWv 1.9.2021. Abs. 4 wurde mWv 1.1.2024 neu gefasst durch Art. 39 Nr. 7 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652). Abs. 5 wurde durch Art. 8 Nr. 5 Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (vom 23.12.2014, BGBl. I 2462) mWv 1.1.2015 ergänzt.

II. Normzweck und Überblick

§ 56 vereint Tatbestände, in denen der Gesetzgeber die Beitragspflicht aus unterschiedlichen Gründen als nicht gerechtfertigt ansieht. Neben den Familienversicherten (Abs. 1), den Hinterbliebenen versicherungspflichtiger Rentner bis zur Bewilligung des Hinterbliebenenrentenantrages (Abs. 2) und den Beziehern bestimmter kinderbezogener Leistungen (Abs. 3) sind **ganz oder teilweise beitragsfrei** stationär pflegebedürftige Mitglieder, die Pflegeleistungen nach anderen Gesetzen beziehen (Abs. 4), sowie Personen, die Pflegeunterstützungsgeld erhalten (Abs. 5). Es handelt sich um eine eng auszulegende Ausnahmegvorschrift, vgl. BSG 27.1.2000 – B 12 P 1/99 R, SozR 3–3300 § 56 Nr. 1 = NZS 2000, 463.

III. Familienversicherte (Abs. 1)

Die Beitragsfreistellung für Familienangehörige für die Dauer der Familienversicherung entspricht inhaltlich der Ausgestaltung der GKV, vgl. § 3 S. 3 SGB V. Zu den Familienangehörigen gehören nach § 1 Abs. 6 S. 3 und Abs. 7 auch Lebenspartner. Das BVerfG (7.12.1994 – 1 BvR 1416/94, 1 BvR 1504/94, 1 BvR 1629/94, 1 BvR 1681/94, BVerfGE 91, 320 = BeckRS 1994, 12850) hat eine vollständige **Aussetzung der Beitragspflicht für kinderreiche Familien abgelehnt**; eine Beitragssatzdifferenzierung nach der Kinderanzahl erfolgt aber seit 1.7.2023 in § 55 Abs. 3 als Reaktion auf BVerfG 7.4.2022 – 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16, 1 BvR 2824/17 (BGBl. I 1023). Nicht familienversicherte Kinder, die freiwillig GKV-versichert sind (Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung gem. § 20 Abs. 3), unterliegen nicht § 56 Abs. 1, sondern § 57 Abs. 4 (BSG 25.8.2004 – B 12 P 1/04 R, SozR 4–3300 § 25 Nr. 1 = SGB 2004, 624 = BeckRS 2004, 41966; hierzu Koch jurisPR-SozR 52/2004 Anm. 3).

IV. Rentenantragsteller (Abs. 2)

Der Gesetzgeber hat in Abs. 2 für den Teil der Rentenantragsteller die Beitragsfreiheit angeordnet, bei dem das Bestehen eines Rentenanspruches und damit die Bewilligung sicher zu erwarten ist. Die Norm **soll Verrechnungen vermeiden** (BT-Drs. 12/5262, 122 zu § 54). Diese wären erforderlich, da der Hinterbliebene

einerseits gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 11 schon ab Rentenanstellung versicherungs- und nach Maßgabe des § 57 Abs. 4 S. 2 beitragspflichtig ist, andererseits jedoch der Versicherungsträger nach der Rentenbewilligung die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung rückwirkend auf den Zeitpunkt der Antragstellung zahlt. Für andere als die von Abs. 2 erfassten Rentenansteller besteht dem Grunde nach Beitragspflicht (vgl. → § 57 Rn. 28). Die Freistellungstatbestände in Abs. 2 entsprechen im Wesentlichen § 225 SGB V. Sie erfassen darüber hinaus die Antragsteller auf landwirtschaftlichen Renten nach dem ALG, für die in der Krankenversicherung § 3 Abs. 2 Nr. 2 KVLG 1989 gilt.

- 5 Der Antrag muss auf eine Rente aus der GRV (vgl. § 33 SGB VI) oder dem ALG gerichtet sein; Renten zB nach dem SGB VII oder dem BVG sind nicht erfasst. Die Beitragsfreiheit während des gesamten Antragsverfahrens bleibt auch bei Ablehnung des Rentenanspruchs oder bei Bewilligung auf einen Zeitpunkt nach Antragstellung erhalten, vgl. Krauskopf/Baier Rn. 5. Alle Varianten des Abs. 2 verlangen, dass der Verstorbene seine Rente schon bezogen hat. Dies ist der Fall, **wenn die Rente dem Bezieher bewilligt war**, auf die tatsächliche Auszahlung kommt es hingegen nicht an.

1. Hinterbliebene (Abs. 2 S. 1)

- 6 Hinterbliebener Ehegatte iSd Abs. 2 S. 1 Nr. 1 kann nur sein, wer beim Tod des Hauptversicherten mit diesem verheiratet war. Bezieher von **Erziehungsrente für Geschiedene** nach § 47 SGB VI werden daher nicht von der Vorschrift erfasst (hM, vgl. Hauck/Noftz/Didong Rn. 12; aA jurisPK-SGB XI/Mecke Rn. 19). Dies entspricht dem gesetzgeberischen Willen, vgl. BR-Drs. 505/93, 122 zu § 54, wonach nur Familienangehörige befreit werden sollten. Seit 1.1.2019 sind in Nr. 1, 3 und 4 auch die hinterbliebenen **Lebenspartner nach dem LPartG** aufgenommen. Dass sie von der Beitragspflicht befreit sind, entsprach schon vorher der ganz hM; § 225 Abs. 2 Nr. 1 SGB V bezieht in der GKV schon seit 2012 Lebenspartner in die Beitragsbefreiung ein.
- 7 Der Begriff des **Waisen** in Abs. 2 S. 1 Nr. 2 ist § 48 SGB VI zu entnehmen; erfasst sind daher auch zB in den Haushalt des Verstorbenen aufgenommene Stief- und Pflegekinder. Nach dem eindeutigen Wortlaut von Abs. 2 S. 1 Nr. 2 ist die Befreiung auf den Zeitraum begrenzt, in dem der rentenantragstellende Waise das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Es kommt zu einer Divergenz zu § 225 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, der die Rentenanstellung vor Vollendung des 18. Lebensjahres zur Erlangung von Beitragsfreiheit im gesamten Antragszeitraum ausreichen lässt. Betroffen ist der – wohl meist überschaubare – Zeitraum, den die Bescheidung eines Rentenanspruchs nach Vollendung des 18. Lebensjahres auf sich warten lässt. Im Zuge der Anpassung von § 225 SGB V an den neu eingeführten § 5 Abs. 11b SGB V zum 1.1.2017 hätte der Gesetzgeber Abs. 2 S. 1 auch in anderer Hinsicht überarbeiten sollen. Nach § 5 Abs. 11b lit. b SGB V führen neben der Waisenrente jetzt auch entsprechende **Leistungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung** uU zur Versicherungspflicht, sind (beschränkt auf den Versicherten, vgl. für den RV-Träger § 249a S. 2 SGB V und → § 59 Rn. 12) aber in der GKV nach § 225 S. 1 Nr. 2 SGB V beitragsfrei. Abs. 2 S. 1 Nr. 2 erfasst diese Leistungen nach seinem Wortlaut nicht. Eine analoge Anwendung erscheint wegen des Ausnahmecharakters der Vorschrift kaum möglich (aA Gemeinsames Rundschreiben zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner vom 24.10.2019, S. 116 f.).
- 8 Nr. 3 und 4 befreien die hinterbliebenen Ehegatten von **Beziehern einer landwirtschaftlichen Rente**. Das Gesetz unterscheidet dabei zwischen Beziehern einer Landabgabenrente und anderen Rentenbeziehern nach ALG. Für letztgenannte verlangt Nr. 3 zusätzlich, dass die Ehe vor dem 65. Lebensjahr geschlossen wurde. Dies entspricht der Rechtslage in der GKV gem. § 44 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KVLG 1989.

2. Ausnahmen (Abs. 2 S. 2)

Nach Abs. 2 S. 2 gilt die Befreiung von der Beitragslast nicht, wenn der Renten- 9
antragsteller eigenes Einkommen aufweist. Die hM legt die Norm dahingehend aus,
dass die Beitragsbefreiung für die beantragte Rente bei Vorliegen anderer beitrags-
pflichtiger Einnahmen nicht vollständig entfällt, sondern nur **soweit** die Einnahmen
nicht aus der Rente resultieren, BeckOGK/Peters Rn. 12. Vgl. zur Beitragsfreiheit
bei gleichzeitigem Rentenanspruch aus eigener Versicherung Hauck/Noftz/Didong
Rn. 39 f.

V. Bezieher von Mutterschafts- und Elterngeld (Abs. 3)

Abs. 3 S. 1 stellt Bezieher von Mutterschafts- und Elterngeld für die Dauer des 10
Bezuges, gem. S. 2 begrenzt auf diese Einnahmen, beitragsfrei. Zur Inanspruch-
nahme der Beitragsfreiheit reicht im Gegensatz zur entsprechenden Vorschrift des
§ 224 Abs. 1 SGB V in der GKV nach dem Wortlaut der Norm nicht schon der
Anspruch auf die Leistungen. Für freiwillig GKV-versicherte Bezieher dieser Lei-
stungen kommt § 57 Abs. 4 S. 1 zur Anwendung, sodass trotz Abs. 3 eine Beitrags-
pflicht in der sozialen Pflegeversicherung bestehen kann (verfassungsgemäß nach
BSG 30.11.2015 – B 12 KR 6/15 R, NZS 2017, 352).

Die Befreiung für Bezieher von **Erziehungsgeld** wurde ab 1.8.2013 gestrichen. 11
Dies ist folgerichtig für das auf Bundesebene gezahlte Erziehungsgeld, das mit der
Aufhebung des Bundeserziehungsgeldgesetzes zum 31.12.2008 (Art. 3 EGBEEG)
ohnehin entfallen ist. Streitig ist, wie Erziehungsgeld zu behandeln ist, das nach
landesrechtlichen Vorschriften in Sachsen gezahlt wird bzw. ob ähnliche Leistungen
wie das Landesfamiliengeld Bayern, beitragsfrei sind. Für Beitragsfreiheit BeckOK
SozR/Baumeister SGB XI § 56 Rn. 8c, der insoweit von einem gesetzgeberischen
Versehen ausgeht. Angesichts des Wegfalls des Anknüpfungspunktes im Wortlaut
der Norm und der gebotenen **engen Auslegung des § 56** spricht mehr dafür,
Landeserziehungsgeld nunmehr als beitragspflichtig anzusehen. Dies wird gestützt
durch den Umstand, dass der Gesetzgeber bei der Neufassung von Abs. 3 S. 1 zum
1.9.2021 das Erziehungsgeld bzw. ähnliche Leistungen nicht wieder mit aufgenom-
men hat. Zur Beitragspflicht des Krankengeldes vgl. § 57 Abs. 2.

Die zum 1.8.2013 eingeführte Beitragsfreiheit für das **Betreuungsgeld** ist zum 11a
1.9.2021 wieder gestrichen worden, nachdem BVerfG 21.7.2015 – 1 BvF 2/13,
BVerfGE 140, 65 = NJW 2015, 2399 = BGBl. 2015 I 1565 seine Verfassungswidrig-
keit festgestellt hatte. Zur Übergangsproblematik vgl. BSG 15.12.2015 – B 10 EG
2/15 R, SozR 4–7837 § 27 Nr. 2 = NJOZ 2017, 510 = SGB 2016, 95.

VI. Dauerhafter Aufenthalt in stationärer Pflege (Abs. 4)

Bei einem Aufenthalt des Mitgliedes in stationärer (nicht auch häuslicher, vgl. 12
BSG 27.1.2000 – B 12 P 1/99 R, SozR 3–3300 § 56 Nr. 1 = NZS 2000, 463)
Pflege von nicht absehbarer Dauer wird auf Antrag nach Abs. 4 Beitragsfreiheit
gewährt, wenn es zeitgleich die zweckidentischen Pflegeleistungen nach § 74 S. 1
Nr. 1 SGB XIV bzw. Pflegeleistungen für Geschädigte gem. § 146 Abs. 2 SGB XIV
iVm §§ 43, 44 SGB VII, § 34 BeamtVG oder nach Gesetzen erhält, die eine entspre-
chende Anwendung des SGB XIV (bis 31.12.2023: des BVG) vorsehen, und über
das Mitglied keine Familienangehörigen mitversichert sind. Die Regelung ist Aus-
druck des **Vorranges anderer Entschädigungssysteme**, der durch § 13 angeord-
net wird. Die Parallelnorm für den dauerhaften Aufenthalt von Versicherten der
privaten Pflegeversicherung in stationärer Pflege in § 23 Abs. 5 folgt einer anderen
Gesetzessystematik. Hier entfällt bei Vorliegen der Voraussetzungen die Versiche-

rungspflicht, ohne dass es eines Antrages bedarf. Vor diesem Hintergrund wird das Antragserfordernis im Rahmen des Abs. 4 für die soziale Pflegeversicherung überwiegend kritisch bewertet, zB BeckOK SozR/Baumeister Rn. 12.

- 13 Abs. 4 greift nicht ein, wenn über das Mitglied Angehörige familienversichert sind. Der vermittelte Versicherungsschutz für die Familienangehörigen – dazu gehören auch Lebenspartner, vgl. § 1 Abs. 7 – rechtfertigt es nach BT-Drs. 12/5262, 122 zu § 54, weiterhin Beiträge zu erheben.
- 14 Eine nach Abs. 4 begründete Beitragsfreiheit besteht fort, auch wenn Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Dieser Fall kann sich ergeben, wenn die Leistungen der Entschädigungssysteme im konkreten Fall geringer sind und der Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung insoweit nicht ruht, vgl. → § 34 Rn. 12 ff. Zum 1.1.2025 wird in der Vorschrift der Katalog der zur Beitragsfreiheit führenden, vorrangigen Leistungen um § 16 Nr. 8 SEG iVm § 17 SEG erweitert.

VII. Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

- 15 Der zum 1.1.2015 eingefügte Abs. 5 S. 1 stellt Mitglieder in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei, die Pflegeunterstützungsgeld gem. § 44a Abs. 3–7 beziehen. Dies gilt nur für die Dauer des Bezuges und – wie auch bei den anderen Beitragsbefreiungen des § 56 – lediglich für das Pflegeunterstützungsgeld selbst, dh daneben erzielte andere Einkünfte bleiben beitragspflichtig (Abs. 5 S. 2). Der Gesetzgeber setzt damit in Anlehnung an das Krankengeld (BR-Drs. 463/14, 53 zu Nr. 4) das sozialversicherungsrechtliche Grundprinzip um, dass eine Lohnersatzleistung nur zu anderen Zweigen der Sozialversicherung beitragspflichtig ist, nicht aber in dem Versicherungszweig, aus dem sie herrührt. Anderenfalls wären die Träger der sozialen Pflegeversicherung, die die Beiträge aus dem Pflegeunterstützungsgeld (mit) tragen und zur GKV nach § 252 Abs. 2a SGB V, zur GRV nach § 176 Abs. 1 S. 1 SGB VI und zur Arbeitslosenversicherung nach § 349 Abs. 4a S. 2 SGB III zahlen, zur Zahlung der Beiträge an sich selbst zu verpflichten gewesen.

§ 57 Beitragspflichtige Einnahmen

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

(2) ¹Bei Beziehern von Krankengeld gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 vom Hundert des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrundeliegt. ²Dies gilt auch für den Krankengeldbezug eines rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen eines landwirtschaftlichen Unternehmers. ³Beim Krankengeldbezug eines nicht rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ist der Zahlbetrag der Leistung der Beitragsbemessung zugrunde zu legen. ⁴Bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, wird das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde gelegt; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches

gezahlt, gelten die Sätze 1 bis 3. ⁵Bei Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, wird das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde gelegt. ⁶Bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 oder Abs. 1a des Fünften Buches beziehen, gelten als beitragspflichtige Einnahmen 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens.

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

(4) ¹Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, ist für die Beitragsbemessung § 240 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden. ²Für die Beitragsbemessung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentenantragsteller und freiwillig versicherten Rentner finden darüber hinaus die §§ 238a und 239 des Fünften Buches entsprechende Anwendung. ³Abweichend von Satz 1 ist bei Mitgliedern nach § 20 Abs. 1 Nr. 10, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, § 236 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden; als beitragspflichtige Einnahmen der satzungsmäßigen Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlicher Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sind der Wert für gewährte Sachbezüge oder das ihnen zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen gezahlte Entgelt zugrunde zu legen. ⁴Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die von einem Rehabilitationsträger Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung [ab 1.1.2025: ,*Krankengeld der Soldatenentschädigung*] 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.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. GKV-pflichtversicherte Mitglieder (Abs. 1)	3
1. Versicherungspflichtig Beschäftigte	4

	Rn.
2. Empfänger von Alg I und Bürgergeld	6
3. Selbstständige Künstler und Publizisten	8
4. Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe	9
5. Rehabilitanden	10
6. Einnahmen von Menschen mit Behinderungen	11
7. Studenten, Auszubildende und Praktikanten	12
8. Versicherungspflichtige Rentner	13
9. Rückkehrer	14
10. Aufrecht erhaltene Mitgliedschaft	15
IV. Krankengeld (Abs. 2)	16
1. Grundlagen	17
2. Bemessungsentgelt nach Abs. 2 S. 1–3	18
3. Organspender (Abs. 2 S. 4 und 5)	21
4. Kinderpflegekrankengeld (Abs. 2 S. 6)	23
5. Rückwirkender Rentenbezug	23a
V. Altenteiler gem. KVLG 1989 (Abs. 3)	24
VI. Freiwillige GKV-Versicherung und sonstige Fälle der Abs. 4 und 5 ..	25
1. Mitglieder gem. §§ 21 und 21a	27
2. Freiwillig versicherte Rentner	28
3. Praktikanten, gleichgestellte Personen und Studenten	29
4. Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnli- che Personen	30
5. Rehabilitanden und freiwillige Mitglieder gem. KVLG 1989	31
6. Freiwillig Weiterversicherte (Abs. 5)	33

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie beruht im Wesentlichen auf der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses (BT-Drs. 12/5920, 52; Begr. BT-Drs. 12/5952, 43). Abs. 1 S. 1 ist wiederholt an die geänderten Normen im SGB V angepasst worden, zuletzt durch Art. 10 Nr. 2 Gesetz zur Erhöhung des Schutzes durch den gesetzlichen Mindestlohn (vom 28.6.2022, BGBl. I 969) mWv 1.10.2022. Abs. 1 S. 2 wurde angefügt durch Art. 11 HBeglG (vom 29.6.2006, BGBl. I 1402) mWv 1.7.2006; Änderungen erfolgten mWv 1.1.2016 durch Art. 6 Nr. 2 GKV-FQWG (vom 21.7.2014, BGBl. I 1133), mWv 1.1.2017 durch Art. 2b AWStG (vom 18.7.2016, BGBl. I 1710) und terminologisch durch Art. 12 Abs. 11 Nr. 3 Bürgergeld-Gesetz (vom 16.12.2022, BGBl. I 2328) mWv 1.1.2023. Abs. 2 S. 4 und 5 wurden eingefügt durch Art. 2c Nr. 1 Gesetz zur Änderung des TransplantationsG (vom 21.7.2012, BGBl. I 1601) mWv 1.8.2012 und S. 5 erweitert durch Art. 5 Nr. 2 GKV-VSG (vom 16.7.2015, BGBl. I 1211) mWv 23.7.2015; Abs. 2 S. 6 wurde ergänzt durch Art. 8 Nr. 6 lit. b Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (vom 23.12.2014, BGBl. I 2462) mWv 1.1.2015 und geändert durch Art. 8q Pflegestudiumstärkungsgesetz (vom 12.12.2023, BGBl. I Nr. 359) mWv 1.1.2024. Abs. 3 wurde neu gefasst durch Art. 1 Nr. 26 PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) mWv 1.1.2013 und redaktionell ergänzt durch Art. 1 Nr. 22 PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015. Die bei Inkrafttreten des SGB XI gültige Fassung des Abs. 3 war vor der Neufassung mehrfach geändert worden: S. 3 aF wurde angepasst durch Art. 1 Nr. 3 KiBG (vom 15.12.2004, BGBl. I 3448) mWv 1.1.2005 und Art. 1 Nr. 35 PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008. S. 4 aF eingefügt durch Art. 1 Nr. 3 KiBG (vom 15.12.2004, BGBl. I 3488) mWv 1.1.2005 und hinsichtlich der Zuständigkeit angepasst durch Art. 264 Neunte ZustAnpV (vom 31.10.2006,

BGBI. I 2407) mWv 8.11.2006. Abs. 3 S. 5 aF wurde neu gefasst durch Art. 1 Nr. 20 1. SGB XI-ÄndG (vom 14.6.1996, BGBl. I 830) mWv 25.6.1996. Abs. 3 S. 7 aF wurde angefügt durch Art. 1 Nr. 35 Pflege-WEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008. Abs. 4 S. 4 wurde geändert durch Art. 39 Nr. 8 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) mWv 1.1.2024.

II. Normzweck und Überblick

§ 57 legt fest, welche Einnahmen der Mitglieder bei der Bemessung der Beiträge 2 zu berücksichtigen sind. Dies erfolgt weitgehend in Übereinstimmung mit den Vorgaben der GKV. Abweichungen ergeben sich aus dem unterschiedlichen Kreis der Versicherungspflichtigen und Besonderheiten der sozialen Pflegeversicherung wie dem Beitragszuschlag für Kinderlose. Die Abs. 1–3 befassen sich mit Einnahmen von Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die in der GKV versicherungspflichtig sind sowie den Altenteilern aus der KVdL. Abs. 4 und 5 regeln die Einnahmenermittlung für Mitglieder in der sozialen Pflegeversicherung, die nicht oder freiwillig GKV-versichert sind, und für Mitglieder gem. § 26 Abs. 2 sowie Renten-antragsteller.

III. GKV-pflichtversicherte Mitglieder (Abs. 1)

Abs. 1 erfasst die in der GKV pflichtversicherten Mitglieder der sozialen Pflege- 3 versicherung, dh die Fälle des § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 1–12. Nur für die landwirtschaftliche Pflichtversicherung gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 ist die **Beitragsbemessung** gesondert in § 55 Abs. 5 (Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige) bzw. § 57 Abs. 3 (Altenteiler) geregelt.

1. Versicherungspflichtig Beschäftigte

Abs. 1 erklärt die GKV-Vorschriften zur Ermittlung der beitragspflichtigen Ein- 4 nahmen für entsprechend anwendbar. Die beitragspflichtigen Einnahmen für **versicherungspflichtig Beschäftigte** nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 werden durch den Verweis von Abs. 1 S. 1 auf § 226 Abs. 1 SGB V bestimmt. Erfasst sind danach das Arbeitsentgelt (§ 14 SGB IV), in- und vergleichbare ausländische Renten (§ 228 SGB V), Versorgungsbezüge (§ 229 SGB V), das Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV) neben einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbe- zügen sowie das Vorruhestandsgeld und in bestimmten Fällen die Ausbildungsvergütung. Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt, flexiblen Arbeitszeitregelungen, Arbeitgeberzuschüssen zu Lohnersatzleistungen und Abgeltung von Arbeitszeitgut- haben werden Arbeitsleistung bzw. -entgelt zur Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen nach §§ 23a–23d SGB IV zugeordnet. Für Kurzarbeiter gilt § 232a Abs. 2 SGB V (80 % des Unterschiedsbetrages zwischen dem Soll-Entgelt und dem Ist-Entgelt nach § 106 SGB III) und für Seeleute § 233 SGB V. Zu der Teilnahme versicherungspflichtig Beschäftigter an einem rechtmäßigen Arbeitskampf vgl. → Rn. 15.

Überschreiten mehrere Einnahmequellen zusammen die Beitragsbemessungs- 5 grenze des § 55 Abs. 2, sind die beitragspflichtigen Einnahmen in der Rangfolge des § 230 SGB V zu berücksichtigen und ist ggf. entsprechend § 231 SGB V eine Erstattung überzahlter Beträge vorzunehmen. In dem **Übergangsbereich** gem. § 20 Abs. 2, 2a SGB IV (frühere Gleitzone, seit 1.1.2024: 538,01–2.000,00 EUR) steigt das der Beitragsbemessung zugrunde gelegte Arbeitsentgelt sukzessive, vgl. § 226 Abs. 4 SGB V. Zur Entlastung der Arbeitnehmer durch das Zusammenspiel

mit den Regelungen der Beitragstragung (§ 249 Abs. 4 SGB V, § 58 Abs. 5 S. 2) vgl. → § 58 Rn. 11. Der mWv. 1.10.2022 auf § 226 Abs. 5 SGB V erweiterte Verweis in Abs. 1 S. 1 ließ auch in der sozialen Pflegeversicherung die Übergangsvorschrift § 7 Abs. 2 SGB V für den Zeitraum bis Jahresende 2022 wirksam werden.

2. Empfänger von Alg I und Bürgergeld

- 6 Die beitragspflichtigen Einnahmen für Empfänger von Alg I und Bürgergeld nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 und 2a richten sich in der sozialen Pflegeversicherung grundsätzlich nach den tagesbezogenen Werten des in Abs. 1 S. 1 genannten § 232a SGB V. Für Empfänger von **Alg I** werden 80 % des dem Arbeitslosengeld zugrunde liegenden täglichen Arbeitsentgeltes, bis zur Beitragsbemessungsgrenze, angesetzt (§ 232a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V). Die Regelung gilt auch für landwirtschaftliche Pflichtversicherte gem. § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989, die im Bezug von Leistungen nach dem SGB III stehen.
- 7 Abs. 1 S. 2 regelt die Beitragserhebung für Bezieher von Bürgergeld. BA bzw. kommunale Träger führen unter Abweichung von § 54 Abs. 2 S. 2 **pauschale Monatsbeiträge für jeden Monat ab, in dem mindestens** ein Kalendertag eine Mitgliedschaft durch den Bezug von Bürgergeld bestanden hat. Die Notwendigkeit einer taggenauen Berechnung entfällt damit. Verwaltungsvereinfachend wirkt auch, dass mit der Streichung des Vorranges der Familienversicherung vor der Versicherungspflicht gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2a SGB V ab 1.1.2015 nicht mehr zu prüfen ist, ob eine Familienversicherung gegeben ist und ob der Versicherungspflichtige **weitere beitragspflichtige Einnahmen** hat (BT-Drs. 18/1307, 40; vgl. Gerner/von Oppen NZS 2015, 288 (289)). Nach dem Entfallen des Zuschlages gem. § 55 Abs. 5 für landwirtschaftliche Unternehmer, die ergänzend Leistungen nach dem SGB II beziehen (→ § 55 Rn. 14), kommt für diese Versicherten allein die Beitragsbemessung gem. § 232a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V zur Anwendung.

3. Selbständige Künstler und Publizisten

- 8 Für Versicherungspflichtige gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 gilt § 234 SGB V, wonach grundsätzlich der 360. Teil des voraussichtlichen Jahreseinkommens gem. § 12 KSVG, mindestens aber der 180. Teil der Bezugsgröße des § 18 SGB IV anzusetzen ist.

4. Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe

- 9 Für **Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe**, in Berufsbildungswerken etc nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 fingiert § 235 Abs. 1 S. 5 SGB V 20 % der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV als beitragspflichtige Einnahmen.

5. Rehabilitanden

- 10 § 235 Abs. 1 S. 1–4 SGB V regeln die beitragspflichtigen Einnahmen der Teilnehmer an Leistungen zur **Teilhabe am Arbeitsleben** (Rehabilitanden) gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 6. Diese werden nach 80 % des Regelentgeltes, das der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegt, berechnet. Dieser Betrag wird ggf. gem. § 235 Abs. 1 S. 2 SGB V um den Betrag einer Erwerbsunfähigkeitsrente oder sonstiger Arbeitsentgelte gemindert. Dadurch wird beitragsrechtlich nachvollzogen, dass der gleichzeitige Bezug dieser Leistungen durch Anrechnungsvorschriften nicht in voller Höhe möglich ist. Soweit kein Übergangsgeld gezahlt wird, gilt § 235 Abs. 1 S. 5 SGB V, der 20 % der monatlichen Bezugsgröße gem. § 18 SGB IV ansetzt.

6. Einnahmen von Menschen mit Behinderungen

Als beitragspflichtige Einnahmen von **behinderten Menschen** iSv § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 und 8 sind nach § 235 Abs. 3 SGB V das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, mindestens jedoch ein Betrag in Höhe von 20 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zugrunde zu legen. Dabei ist jeweils eingehend zu prüfen, ob die gezahlte Vergütung als Arbeitsentgelt iSd § 14 SGB IV zu bewerten ist. So hat das BSG dem **Ausbildungsgeld gem. § 122 SGB III** für eine Trainingsmaßnahme in einer Werkstatt für Behinderte keine Entgeltqualität beigemessen (BSG 14.2.2001 – B 1 KR 1/00 R, SozR 3–2500 § 44 Nr. 8 = SozVers 2002, 82 = BeckRS 2001, 41408), die Vergütung für eine **Tätigkeit im Produktionsbereich** einer solchen Werkstatt jedoch als Arbeitsentgelt angesehen (BSG 25.7.1979 – 3 RK 102/78, BSGE 48, 283 = SozR 2200 § 182 Nr. 50 = BeckRS 1979, 108616). Treffen die Versicherungspflicht gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Nr. 7 bzw. Nr. 8 zusammen, was nach BSG 14.2.2001 – B 1 KR 1/00 R, SozR 3–2500 § 44 Nr. 8 = SozVers 2002, 82 = BeckRS 2001, 41408, nicht durch dieselbe, sondern nur mehrere gleichzeitig absolvierte Maßnahmen geschehen kann, sind die Beitragsvorschriften anzuwenden, aus denen sich die höhere Beitragspflicht ergibt. Dies folgt aus § 5 Abs. 6 S. 2 SGB V, dessen Rechtsgedanke zur Wahrung einer einheitlichen Verbeitragung auch im SGB XI heranzuziehen ist.

7. Studenten, Auszubildende und Praktikanten

§ 236 SGB V legt für versicherungspflichtige **Studenten bzw. Auszubildende und Praktikanten** gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 9 und 10 Einnahmen von 1/30 des monatlichen Bedarfes nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 BAföG als beitragspflichtig fest. Studenten, die nach Studienabschluss zu Zwecken der Promotion eingeschrieben bleiben, gehören nicht zum Kreis der versicherungspflichtigen Studenten (BSG 7.6.2018 – B 12 KR 1/17 R, SozR 4–2500 § 240 Nr. 35 = SGB 2019, 243 = BeckRS 2018, 23818). Zu freiwillig GKV-versicherten Studenten und Praktikanten vgl. → Rn. 29.

8. Versicherungspflichtige Rentner

Für **versicherungspflichtige Rentner** gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 11 kommt § 237 SGB V zur Anwendung. Danach sind die GRV-Rente, damit vergleichbare ausländische Renten (§ 228 SGB V), der Rente vergleichbare Einnahmen (dazu gehören vor allem Versorgungsbezüge gem. § 229 SGB V) und das Arbeitseinkommen in der Rangfolge des § 238 SGB V der Einnahmenbemessung zugrunde zu legen. Hingegen sind die Waisenrenten gem. § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V bis zum Erreichen der Altersgrenzen der Familienversicherung beitragsfrei (§ 237 S. 2 SGB V). Rentennachzahlungen sind nach §§ 237 S. 3, 228 Abs. 2 SGB V ebenfalls beitragspflichtig, wenn sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem der Rentner Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung hatte. Zur Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen bei freiwillig versicherten Rentnern und Renten-antragstellern vgl. → Rn. 28.

9. Rückkehrer

Die Einnahmenermittlung für bisher nicht versicherte **Rückkehrer** in die soziale Pflegeversicherung richtet sich nach §§ 227, 240 SGB V (kritisch Sieben, ErsK 2008, 272). Damit sind auch die Mindestbemessungsgrundlagen des § 240 Abs. 4 SGB V anzuwenden. Diese Rechtsfolge gilt nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 sowohl für die Personen, die in der GKV § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterliegen, als auch für die landwirtschaftliche Versicherung gem. § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989. Allerdings sieht

die Satzung der SVLFG zT andere Beitragsbemessungsgrundlagen vor, da sie insofern von der Ermächtigung gem. § 46 S. 1 KVLG 1989 Gebrauch gemacht hat.

10. Aufrecht erhaltene Mitgliedschaft

- 15 Für die Fälle, in denen eine Mitgliedschaft gem. §§ 192, 193 SGB V, § 49 aufrecht erhalten wird, folgt § 57 Abs. 1 S. 1 bei der Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen weitgehend den Regelungen des SGB V. Bei (nicht gem. § 25 familienversicherten) **Wehrdienstleistenden**, die gem. §§ 193 SGB V, § 49 weiterversichert sind (vgl. → § 49 Rn. 4), gilt § 244 SGB V. Der Beitrag reduziert sich auf 1/3 bzw. 1/10 des vor der Einberufung gezahlten Beitrages. Für **Schwangere**, die nach der zulässigen Auflösung ihres Arbeitsverhältnisses gem. § 192 Abs. 2 SGB V, § 49 Abs. 2 weiterversichert sind, gilt § 226 Abs. 3 SGB V entsprechend. Danach legt die Satzung der Pflegekasse die beitragspflichtigen Einnahmen fest; dabei wird sie sich regelmäßig an § 240 SGB V orientieren. Zahlt ein Träger von **Rehabilitationsmaßnahmen** Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung oder Übergangsgeld an ein GKV-pflichtversichertes Mitglied, wird die Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 192 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, § 49 Abs. 2 aufrechterhalten. Die Beitragsbemessung richtet sich nach § 235 Abs. 2 SGB V, sodass für die Bemessung 80 % des Regelentgelts angesetzt werden, das der Berechnung des Verletztengeldes, Krankengeld der Sozialen Entschädigung oder Übergangsgeldes zugrunde liegt. Gleiches gilt für freiwillige GKV-Mitglieder (vgl. → Rn. 31). GKV-pflichtversicherte Teilnehmer an einem **rechtmäßigen Arbeitskampf** (Mitglieder in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 192 Abs. 1 Nr. 1 SGB V iVm § 49 Abs. 2) haben regelmäßig keine beitragspflichtigen Einnahmen, vgl. Eichenhofer NZA-Beil. 2006, 67 (72). So ist auch das während des Streiks von einer Gewerkschaft gezahlte Streikgeld kein beitragspflichtiger Arbeitslohn, BSG 17.2.2011 – B 10 EG 17/09 R., SozR 4–7837 § 2 Nr. 7 = SGB 2011, 209 = BeckRS 2011, 72191 (für das Elterngeld). Zu Kurzarbeitern vgl. bereits → Rn. 4, zu Rentenantragstellern gem. § 189 SGB V → Rn. 28.

IV. Krankengeld (Abs. 2)

- 16 Das Krankengeld ist – anders als in der GKV – in der sozialen Pflegeversicherung grundsätzlich beitragspflichtig. Die Durchbrechung von „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ ergibt sich aus dem sozialversicherungsrechtlichen Grundsatz, dass Ersatzleistungen eines Versicherungszweiges in einem anderen beitragspflichtig sind.

1. Grundlagen

- 17 Abs. 2 erfasst zum einen die GKV-pflichtversicherten Krankengeldbezieher. Ihre Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung wird gem. § 192 Abs. 1 Nr. 2 und 2a SGB V, § 49 Abs. 2 analog zu den Regeln der GKV aufrechterhalten. Zum anderen legt Abs. 2 **auch für freiwillig GKV-versicherte Bezieher von Krankengeld** die Bemessungsgrundlage fest, die Vorschrift ist insoweit Spezialnorm zu Abs. 4. Daher sind die Mindestbemessungsgrundlagen des Abs. 4 für freiwillig GKV-Versicherte nicht ergänzend heranzuziehen. Dementsprechend schließt § 8 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler die zusätzliche Anwendung der Mindestbemessungsgrundlage von § 240 Abs. 4 SGB V bei der Beitragsbemessung in der GKV für im Krankengeldbezug stehende Selbstständige (gem. § 44 Abs. 2 SGB V bzw. § 53 Abs. 6 SGB V) und freiwillig GKV-versicherte Arbeitnehmer (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) aus. Diese Wertung gilt über § 57 Abs. 4 auch in der sozialen Pflegeversiche-

rung. Zu der Bemessungsgrundlage bei Beziehen von Krankengeld der Sozialen Entschädigung vgl. → Rn. 15, 31.

2. Bemessungsentgelt nach Abs. 2 S. 1–3

Die Beitragsbemessung wird in der sozialen Pflegeversicherung nicht anhand des Krankengeldes, sondern des Arbeitsentgeltes vorgenommen, das dem Krankengeld zugrunde liegt. Der Gesetzgeber wollte nach BT-Drs. 12/5952, 43 zu § 54 Abs. 2, Krankengeld beitragsrechtlich mit Übergangsgeld, Verletztengeld und Krankengeld der Sozialen Entschädigung gleichstellen. Beitragspflichtig sind nach Abs. 2 S. 1 **80 % des Arbeitsentgeltes, das dem Krankengeld zugrunde liegt**. Darin liegt ein Verweis auf das nach § 47 Abs. 1 S. 1 – ggf. unter Beachtung von § 23c Abs. 1 SGB IV und der Begrenzung auf die Beitragsbemessungsgrenze – berechnete Regelentgelt. Die so vorgenommene Bestimmung der Bemessungsgrundlage wird in der sozialen Pflegeversicherung für alle Krankengeldbezieher zu Grunde gelegt, deren Leistungshöhe sich nach dem Regelentgelt bemisst, dh neben dem häufigsten Anwendungsfall § 44 SGB V zB auch für Leistungsempfänger gem. §§ 24b Abs. 2 S. 2, 45 und 47b Abs. 3 ff. SGB V.

Bezieher von Alg I erhalten Krankengeld gem. § 47b Abs. 1 SGB V nicht nach einem Regelentgelt – es fehlt das Arbeitseinkommen bzw. Arbeitsentgelt –, sondern der Höhe des Arbeitslosengeldes, das **der Versicherte zuletzt bezogen hat**. In der sozialen Pflegeversicherung wird daher für die Zwecke der Beitragsbemessung nicht auf Abs. 2 S. 1 zurückgegriffen, sondern der Wert angesetzt, der der Bemessung des Alg I zu Grunde lag.

Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten grundsätzlich kein Krankengeld, sondern Betriebshilfe gem. § 9 KVLG 1989. Es bedurfte daher nur der Regelungen zur Beitragsbemessung bei Krankengeldbezug von **mitarbeitenden Familienangehörigen landwirtschaftlicher Unternehmer**. Abs. 2 S. 2 und 3 folgen der Systematik von §§ 12 und 13 KVLG 1989. Daraus ergibt sich, dass bei rentenversicherungspflichtigen Familienangehörigen – wie für GKV-Mitglieder nach Abs. 2 S. 1 – als beitragspflichtige Einnahmen 80 % des Arbeitsentgeltes anzusetzen sind. Soweit keine RV-Pflicht besteht, ist der Zahlbetrag des Krankengeldes zugrunde zu legen, da nach § 13 KVLG 1989 ein pauschaliertes Krankengeld gezahlt wird.

Die Beitragsbemessung der weiteren Fälle des § 12 KVLG 1989, in denen die SVLFG Krankengeld zahlt (Empfänger von Alg I gem. § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989, landwirtschaftliche Unternehmer mit einer befristeten, GKV-Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung gem. §§ 2 Abs. 1 Nr. 1, 3 Abs. 2 Nr. 1 KVLG 1989 sowie freiwillige Mitglieder), ist nicht im SGB XI geregelt. Hier richtet sich die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen nach den Vorschriften, die für die entsprechende Versichertengruppe der GKV gelten.

3. Organspender (Abs. 2 S. 4 und 5)

Abs. 2 S. 4 und 5 regeln die Beitragsbemessung für Personen, die Krankengeld gem. § 44a SGB V oder eine Leistung in vergleichbarer Höhe von einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung beziehen. Die beitragsrechtlichen Sonderregelungen sind Bestandteil des gesetzgeberischen Zieles, die Bereitschaft zur Spende zu fördern. Die Privilegierung der Organspender hinsichtlich des Leistungsbezuges und des Beitragsrechts erfasste ursprünglich nur die gem. §§ 8 und 8a TPG erfolgenden (Lebend-) Spenden von Organen oder Geweben. Die Leistungsansprüche sind mWv 23.7.2015 auf Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte im Zusammenhang mit § 9 TFG erstreckt worden. Nach der gesetzlichen Konzeption bestehen Ansprüche nur bei allogenen Spenden, dh für andere Personen, nicht aber bei Selbstnutzung (autologe Spenden).

- 21a** Ist der Spendenempfänger in der GKV versichert, richtet sich die Beitragsbemessung für die Leistung an den Spender – Krankengeld gem. § 44a SGB V – nach Abs. 2 S. 4. Beitragsrechtlich soll der Spender nach BT-Drs. 17/9773, 42, in der sozialen Pflegeversicherung so gestellt werden, als ob er weitergearbeitet hätte. **Abs. 2 S. 4 Hs. 1** legt in Abweichung von Abs. 2 S. 1–3 danach folgerichtig das dem Krankengeld zu Grunde liegende Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen des Spenders als beitragspflichtige Einnahme der sozialen Pflegeversicherung zugrunde, jedoch begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrundlage. Für Gewebe- und Organ-spender, die Krankengeld auf der Basis von Alg I erhalten (§ 47b SGB V), gelten nach Abs. 2 S. 4 Hs. 2 die allgemeinen Regelungen des Abs. 2 S. 1–3. Hier wird der Beitragsbemessung ohnehin das ungekürzte Bemessungsentgelt zu Grunde gelegt (vgl. → Rn. 18a). Nach der Gemeinsamen Verlautbarung von GKV-Spitzenverband, DRV und BA vom 18.11.2015 richtet sich die Beitragsbemessung für Bezieher von Kurzarbeitergeld nach Abs. 2 S. 4 Hs. 1. Die Regelung des § 57 Abs. 2 S. 4 Hs. 2 iVm S. 1 finde keine Anwendung, da das Krankengeld in diesem Fall nicht in Höhe der Leistung nach dem SGB III (hier: Kurzarbeitergeld) gezahlt wird.
- 22** Abs. 2 S. 5 erfasst den Fall, dass der Empfänger der Gewebe- oder Organspende in der privaten Pflegeversicherung bzw. bei einem der anderen in der Norm genannten Träger pflegeversichert ist. Diese Träger leisten an den (in der sozialen Pflegeversicherung versicherten) Spender zwar kein Krankengeld gem. § 44a SGB V, aber einen wirtschaftlich gleichwertigen Verdienstausschüttungssatz (vgl. für die private Krankenversicherung die Selbstverpflichtung des Verbandes der privaten Krankenversicherung vom 9.2.2012, BT-Drs. 17/9773, 38 f.). Die Beitragsbemessung für den Spender in der sozialen Pflegeversicherung folgt der Regel des Abs. 2 S. 4 Hs. 1 für Krankengeldempfänger gem. § 44a SGB V, so dass das der Ersatzleistung zu Grunde liegende Arbeitsentgelt bzw. -einkommen bis zur Bemessungsgrenze als beitragspflichtige Einnahme berücksichtigt wird.

4. Kinderpflegekrankengeld (Abs. 2 S. 6)

- 23** Für Personen, die **Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes** nach § 45 Abs. 1 SGB V beziehen, ändert Abs. 2 S. 6 die Ermittlung der Bemessungsgrundlage gegenüber Abs. 2 S. 1–3. Angesetzt werden 80 % des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgeltes oder des der Leistung zugrundeliegenden Arbeitseinkommens. Der Gesetzgeber bezweckte mit der Neugestaltung des § 45 SGB V, die Berechnung der Höhe des Kinderpflegekrankengeldes zu vereinfachen, weil es sich um eine Entgeltersatzleistung handele, die idR nur kurzfristig in Anspruch genommen wird (vgl. BT-Drs. 18/3124, 43, zu den nunmehr für die Berechnung ausreichenden Angaben). Abs. 2 S. 6 wurde entsprechend geregelt, um dieses Ziel nicht im Rahmen der Beitragsberechnung für Leistungen gem. § 45 SGB V zu unterlaufen. Parallel zur Erweiterung des Anspruches auf Begleitpersonen bei stationärer Behandlung ihrer Kinder durch § 45 Abs. 1a SGB V zum 1.1.2024 ist Abs. 2 S. 6 entsprechend angepasst worden.

5. Rückwirkender Rentenbezug

- 23a** Wird eine der Renten gem. § 50 Abs. 1 SGB V **rückwirkend** für den Zeitraum des Krankengeldbezuges bewilligt, haben weder der Versicherte noch die Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der gezahlten Beitragsanteile in der sozialen Pflegeversicherung, vgl. BSG 25.1.1995 – 12 RK 51/93, SozR 3–2400 § 26 Nr. 6 = NZS 1995, 414 zu Rentenbeiträgen; Krauskopf/Baier Rn. 32; aA Spitzenverbände der Krankenkassen, Gemeinsames Rundschreiben vom 3.12.2002, S. 88, die von einer rückwirkenden Beseitigung der Beitragspflicht ausgehen. Hinsichtlich des Krankengeldes selbst findet hingegen ein Ausgleich zwischen den Rentenversiche-

rungs- und Krankenversicherungsträgern nach den Maßgaben der §§ 102 ff. SGB X statt. Dem Versicherten verbleibt nach § 50 Abs. 1 S. 2 SGB V der Spitzbetrag, falls das zunächst gezahlte Krankengeld höher war als die bewilligte Rente; im umgekehrten Fall besteht ein Nachzahlungsanspruch gegen den Rentenversicherungsträger.

V. Altenteiler gem. KVLG 1989 (Abs. 3)

Abs. 3 regelt seit 2013 nur noch die Beitragsbemessung für die versicherungspflichtigen Personen gem. § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 KVLG 1989, dh der sog. **Altenteiler** gem. § 20 Abs. 1 Nr. 3 und nicht mehr auch die Beitragsbemessung für landwirtschaftliche Unternehmer und ihre Familienangehörigen (nunmehr § 55 Abs. 5 SGB V). Für Altenteiler gilt wie in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung § 45 KVLG 1989, der ähnliche Regelungen enthält wie § 237 SGB V für Mitglieder der KVdR. Nacheinander werden der Beitragsbemessung das Einkommen aus Renten, Versorgungsbezügen und das (nicht land- und forstwirtschaftliche) Arbeitseinkommen zugrunde gelegt. Zu landwirtschaftlichen Rentenantragstellern gem. § 23 KVLG 1989 vgl. → Rn. 28.

VI. Freiwillige GKV-Versicherung und sonstige Fälle der Abs. 4 und 5

Abs. 4 S. 1 legt den Grundsatz fest, dass die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen für Mitglieder in der sozialen Pflegeversicherung, die nicht GKV-Pflichtmitglied sind, dh freiwillig bzw. nicht GKV-versichert, entsprechend § 240 SGB V vorgenommen wird. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat nach § 240 Abs. 1 SGB V Regelungen zu treffen, die die **gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit** des Mitglieds berücksichtigen. Die hierfür erlassenen Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler sind von BSG 19.12.2012 – B 12 KR 20/11 R, BSGE 113,1 = SozR 4-2500 § 240 Nr. 17 = BeckRS 2013, 69654 grundsätzlich bestätigt worden. Sie wirken in der sozialen Pflegeversicherung durch den – in einem umfassenden Sinn zu verstehenden – Verweis auf § 240 SGB V ebenfalls auf die Beitragsbemessung ein (vgl. § 1 Abs. 2 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler).

Die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wird nicht nur durch die Einnahmequellen der §§ 226 ff. SGB V für GKV-Pflichtversicherte bestimmt. Darüberhinausgehend sind alle Einnahmen ohne Rücksicht auf die steuerliche Behandlung der Beitragspflicht unterworfen, die das Mitglied **zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte** (§ 3 Abs. 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler). Insbesondere Sozialleistungen und Geldleistungen des sozialen Entschädigungsrechts kann aber nach der Rspr. des BSG eine Zweckbestimmung innewohnen, die es erfordert, dass dem Mitglied der Betrag ungekürzt zur Verfügung kommt. Dies ist im Einzelfall durch wertende Betrachtung zu ermitteln (vgl. BSG 19.8.2015 – B 12 KR 11/14 R, SozR 4-2500 § 240 Nr. 29 = FamRZ 2016, 304 = BeckRS 2015, 73495; zusammenfassend zu den bisher anerkannten Fällen BSG 7.6.2018 – B 12 KR 1/17 R, SozR 4-2500 § 240 Nr. 35 = SGB 2019, 243 = BeckRS 2018, 23818).

Hat ein freiwillig GKV-Versicherter nur geringe oder keine Einkünfte, sind auch in der sozialen Pflegeversicherung die **Mindestbemessungsgrundlagen des § 240 Abs. 4 SGB V** zu beachten. Dies ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (BSG 6.11.1997 – 12 RP 3/96, SozR 3-3300 § 57 Nr. 1 = BeckRS 1997, 30002401 zu Abs. 4 S. 1 iVm § 240 Abs. 4 S. 1 SGB V; vgl. auch BSG 3.9.1998 – B 12 KR 23/97 R, SozR 3-3300 § 20 Nr. 5 = NZS 1999, 248). Beiträge nach der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage sind auch für freiwillig versicherte, einkommenslose Kin-

der zu zahlen, für die die Familienversicherung nicht greift (BSG 25.8.2004 – B 12 P 1/04 R, SozR 4–3300 § 25 Nr. 1 = NZS 2005, 428). In § 240 Abs. 4 S. 1 SGB V ist seit 2019 nur noch eine Mindestbemessungsgrundlage vorgesehen, die insbesondere für Selbständige eine deutliche Absenkung der Beitragslast bewirkt. Nach BSG 29.11.2006 – B 12 P 2/06 R, SozR 4–3300 § 57 Nr. 3 = SGB 2007, 31 = BeckRS 2007, 41300; hierzu Kaempfe G+G 2007, 43, sind Entgelte aus geringfügiger Beschäftigung in der sozialen Pflegeversicherung selbst dann beitragspflichtig, wenn in der GKV keine Beitragspflicht besteht.

1. Mitglieder gem. §§ 21 und 21a

- 27 Abs. 4 S. 1 ordnet die Geltung des § 240 SGB V auch für den **nicht in der GKV versicherten Personenkreis** an. Dies sind die Mitglieder gem. § 21 und seit 9.6.2021 auch gem. § 21a. Die Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erfolgt in der Praxis nur für die Zeitsoldaten gem. § 21 Nr. 6 sowie die Mitglieder von Solidargemeinschaften gem. § 21a. Die Anwendung des § 240 SGB V auf Mitglieder gem. § 21 Nr. 1–5 führt dazu, dass die Träger der Beitragslast nach § 59 Abs. 3 S. 1 (die Träger der jeweiligen Leistung) für die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds iSd § 240 SGB V eintreten müssen, dh auch zB für Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. Die verpflichteten Leistungsträger und die Spitzenverbände lösen die gesetzliche Inkongruenz dadurch, dass die Leistungsfähigkeit des Mitgliedes unter Verstoß gegen § 240 SGB V nicht ermittelt wird. In der „Verfahrensbeschreibung über die Zahlung und Abrechnung der Pflegeversicherungsbeiträge für die nach § 21 Nr. 1 bis 5 SGB XI Versicherten“ vom 10.2.1995 wird pauschal festgelegt, dass **ohne Prüfung stets die Mindestbemessungsgrundlage** (90. Teil der Bezugsgröße gem. § 18 SGB IV) als beitragspflichtige Einnahme angesetzt wird. Dies wird durch die Rechtsaufsicht geduldet (vgl. Leitfaden des BVA zu § 21 Nr. 4 i d F ab 1.12.2016). Zum vereinfachten Zahlungsweg für Mitglieder gem. § 21 → § 60 Rn. 13.

2. Freiwillig versicherte Rentner

- 28 Die Einnahmen **freiwillig GKV-versicherter Rentner** werden nach Abs. 4 S. 1 iVm § 240 SGB V ermittelt; ergänzend ist nach Abs. 4 S. 2 die Rangfolgenregelung des § 238a SGB V anzuwenden. Zu freiwillig versicherten landwirtschaftlichen Rentnern vgl. Abs. 4 S. 4 Hs. 2 und → Rn. 32. Für **Renten Antragsteller** auf eine Rente der GRV gilt § 239 SGB V, der seinerseits auf § 240 SGB V verweist. Landwirtschaftliche Renten Antragsteller gem. § 23 KVLG könnten zwar grundsätzlich von dem Wortlaut des Abs. 4 S. 1 erfasst sein, da es sich um Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung ohne GKV-Mitgliedschaft handelt. Vorzugswürdig dürfte aber sein, Abs. 4 S. 1 nicht für einschlägig zu halten und die Regelung durch Satzungsrecht der SVLFG für zulässig zu erachten. Auch in der Krankenversicherung erfolgt die Beitragsbemessung durch Satzung der SVLFG (§§ 23, 44 KVLG 1989).

3. Praktikanten, gleichgestellte Personen und Studenten

- 29 Abs. 4 S. 3 Hs. 1 erfasst die nach **§ 20 Abs. 1 [erg.: S. 2] Nr. 10** in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Praktikanten und gleichgestellte Personen. Da diese idR gem. § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V in der GKV ebenfalls versicherungspflichtig sind und damit nicht Abs. 4, sondern Abs. 1 unterliegen, verbleiben als Anwendungsbereich der Norm nur noch freiwillig GKV-versicherte Berufsfachschüler und Fachschüler (vgl. BT-Drs. 12/5292, 43). Sie werden in § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V nicht als GKV-versicherungspflichtig benannt, sind aber versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 10 (BSG 18.2.1997 – 1 RR 1/94, SozR 3–2500 § 240 Nr. 29 = BeckRS 1997, 30767132). Freiwillig

GKV-versicherte Studenten unterliegen den allgemeinen Bemessungsgrundlagen des Abs. 4 S. 1. Eine Ausnahme hat der Gesetzgeber aber in Abs. 1 S. 1 iVm § 240 Abs. 4 S. 2 SGB V für Auslandsstudenten vorgesehen, für die nur eine freiwillige GKV-Versicherung in Betracht kommt. Sie werden wie versicherungspflichtige Inlandsstudenten behandelt, um der fortschreitenden internationalen Verflechtung der Wirtschafts- und Arbeitsbeziehungen und der zunehmenden Mobilität der Studenten Rechnung zu tragen (BT-Drs. 16/4247, 53 f.).

4. Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen

Die Personen des Abs. 4 S. 3 Hs. 2 sind gem. § 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB V in der GKV versicherungsfrei, wenn sie sich mit gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht. Es kommt dann nur eine freiwillige GKV-Mitgliedschaft (mit hieraus folgender Pflichtmitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 20 Abs. 3) in Frage. In der GKV gibt es keine besonderen Beitragsbemessungsregelungen für diesen Personenkreis, es gilt § 240 SGB V. Die privilegierende Behandlung in der sozialen Pflegeversicherung – es werden lediglich die in Abs. 4 S. 3 Hs. 2 genannten **Sachbezüge und Entgelte** zugrunde gelegt – ist wohl ein Relikt des Umstandes, dass § 18 Abs. 1 Nr. 7 RegE (BT-Drs. 12/5262, 15) noch eine Erfassung der Diakonissen etc als versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung vorsah. Zu pauschal ist die Auffassung der Spitzenverbände im Gemeinsamen Rundschreiben vom 20.10.1994, wonach vereinfachend der 180. Teil der monatlichen Bezugsgröße anzuwenden sei.

5. Rehabilitanden und freiwillige Mitglieder gem. KVLG 1989

Freiwillige GKV-Mitglieder unterliegen mit den im Rahmen von **Rehabilitationsmaßnahmen** bezogenen Leistungen Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung und Übergangsgeld nach Abs. 4 S. 4 Hs. 1 für die Beitragsbemessung § 235 Abs. 2 SGB V anstelle von § 240 SGB V. Dies soll eine Gleichstellung mit den GKV-Pflichtmitgliedern bewirken (vgl. → Rn. 15). Zum 1.1.2025 tritt das SEG in Kraft. Zu diesem Zeitpunkt wird in Abs. 4 S. 4 neu das Krankengeld der Soldatenentschädigung eingefügt.

Für freiwillig Versicherte der **landwirtschaftlichen Krankenversicherung** gilt zur Einnahmenermittlung Abs. 4 S. 4 Hs. 2 iVm § 46 KVLG 1989. Danach erfolgt eine Regelung durch Satzung der SVLFG. Ebenso wie für freiwillige GKV-Mitglieder hat die Satzungsregelung entsprechend § 240 SGB V die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Die Satzung der SVLFG legt anhand dieser Vorgaben ab 1.1.2014 Beitragsklassen fest; bis 31.12.2013 galten die von den vor 2013 bestehenden landwirtschaftlichen Pflegekassen getroffenen Regelungen fort.

6. Freiwillig Weiterversicherte (Abs. 5)

Abs. 5 reduziert den Beitrag für **freiwillig Weiterversicherte** nach § 26 Abs. 2 im Vergleich zu Abs. 4 S. 1 erheblich. Hintergrund ist, dass wegen des dauerhaften Auslandsaufenthaltes der Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gem. § 34 Abs. 1 Nr. 1 ruht. De lege ferenda ist fraglich, ob die Höhe der Beitragsreduzierung bei Wegzug in ein EU-, EWR-Land oder die Schweiz noch gerechtfertigt ist. Denn hier ruht zumindest der Anspruch auf Pflegegeld gem. § 34 Abs. 1a (eingefügt in Folge der Rspr. des EuGH, vgl. EuGH 16.7.2009 – C-208/07, Slg. 2009, I-6095 = BeckRS 2009, 70813; dazu Bassen NZS 2010, 479) nicht; vgl. zum Sachleistungsanspruch das Gemeinsame Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund vom

13.2.2018 und BSG 19.11.2019 – B 3 P 17/18 B, BeckRS 2019, 31546). Für Weiterversicherte gem. § 26 Abs. 1 und Beigetretene nach § 26a gelten die allgemeinen Vorschriften der Beitragsbemessung gem. § 240 SGB V, § 57 Abs. 4 S. 1.

§ 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten

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

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

(3) ¹Die in Absatz 1 genannten Beschäftigten tragen die Beiträge in Höhe von 1 vom Hundert allein, wenn der Beschäftigungsort in einem Land liegt, in dem die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage nicht um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist. ²In Fällen des § 55 Abs. 1 Satz 3 werden die Beiträge in Höhe von 0,5 vom Hundert allein getragen. ³Im Übrigen findet Absatz 1 Anwendung, soweit es sich nicht um eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb des Übergangsbereichs nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches handelt, für die Absatz 5 Satz 2 Anwendung findet. ⁴Die Beiträge der Beschäftigten erhöhen sich nicht, wenn Länder im Jahr 2017 den Reformationstag einmalig zu einem gesetzlichen Feiertag erheben.

(4) ¹Die Aufhebung eines Feiertages wirkt für das gesamte Kalenderjahr. ²Handelt es sich um einen Feiertag, der im laufenden Kalenderjahr vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung über die Streichung liegt, wirkt die Aufhebung erst im folgenden Kalenderjahr.

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Adressatenkreis	3
IV. Erfasste Einnahmen	4
V. Paritätische Beitragstragung	5
VI. Abweichende Verteilungen der Beitragslast	7
1. Kurzarbeiter und Zuschlag für Kinderlose (Abs. 1 S. 2 und 3) ...	8
2. Nichtaufhebung des Feiertages (Abs. 3)	10
3. Übergangsbereich (Abs. 5)	11
4. Gering vergütete Ausbildung und Freiwilligendienste	15

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. 1
 Änderungen ergaben sich durch Art. 1 Nr. 2 und Art. 2 Nr. 2 und 3 des Gesetzes
 zum Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung vom 31.5.1996 (BGBl. I
 718). Durch Art. 10 Nr. 6 iVm Art. 83 Abs. 1 AFRG (vom 24.3.1997, BGBl. I 594)
 wurde in Abs. 1 S. 2 angefügt und darin durch Art. 8 Nr. 2 GanzjBeschFG (vom
 24.4.2006, BGBl. I 926) das Winterausfallgeld gestrichen; durch Art. 13 Nr. 1
 Gesetz zur Stärkung der Aus- und Weiterbildungsförderung (vom 17.7.2023,
 BGBl. I Nr. 191) wird mWv 1.4.2024 das Qualifizierungsgeld aufgenommen. Abs. 1
 S. 3 wurde ergänzt durch Art. 1 Nr. 3 KiBG (vom 15.12.2004, BGBl. I 3448) mWv
 1.1.2005 und geändert durch Art. 1 Nr. 21 lit. a PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I
 Nr. 155) mWv. 1.7.2023. Abs. 3 S. 1 wurde geändert durch Art. 1 Nr. 21 lit. b
 PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv. 1.7.2023. Abs. 3 S. 3 wurde neu
 gefasst durch Art. 6 Nr. 2a des 2. Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeits-
 markt (vom 23.12.2002, BGBl. I 4621) mWv 1.4.2003 und geändert durch Art. 6
 Abs. 4 RV-Leistungsverbesserungs- und -stabilisierungsG (vom 28.11.2018, BGBl. I
 2016) mWv 1.7.2019; Abs. 3 S. 4 wurde angefügt durch Art. 1 Nr. 23 PSG I (vom
 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015. Abs. 5 wurde mWv 1.10.2022 neu
 gefasst durch Art. 10 Nr. 3 Mindestlohn-SchutzG (vom 28.6.2022, BGBl. I 969).

II. Normzweck und Überblick

§ 58 legt für die versicherungspflichtig Beschäftigten fest, wer die nach §§ 54–57 2
 ermittelte Beitragslast aus dem Arbeitsentgelt und den Zuschlag für Kinderlose zu
 tragen hat. Abs. 1 S. 1 betrifft den Fall, dass ein Bundesland den Feiertag nach Abs. 2
 und 4 aufgehoben hat, Abs. 3 regelt die Rechtsfolgen für die Tragung, wenn dies
 nicht geschehen ist. Abs. 5 befasst sich mit dem Übergangsbereich. Nicht Gegen-
 stand von § 58 ist die Beitragszahlung (hierzu § 60).

III. Adressatenkreis

§ 58 trifft Regelungen für Pflichtmitglieder der sozialen Pflegeversicherung gem. 3
 § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 und 12. Zu den Beschäftigten gehören nach § 20 Abs. 1 S. 2
 Nr. 1 alle Arbeiter, Angestellten und zur Berufsausbildung Beschäftigten, dh der
Personenkreis des § 7 SGB IV. Seit 1.4.2007 wird in Abs. 1 S. 1 auch die Beitrags-
 tragung für die bisher nicht versicherten Rückkehrer in die GKV nach § 20 Abs. 1
 S. 2 Nr. 12 (ausführlich dazu → § 20 Rn. 29) geregelt, die abhängig beschäftigt sind.
 Erfasst sind versicherungspflichtige Rückkehrer, die eine Beschäftigung ausüben, in
 der sie nicht versicherungspflichtig sind, zB Selbständige mit abhängiger Nebenbe-
 schäftigung. Es handelt sich hierbei – erst Recht nach der Einführung der obligatori-
 schen Anschlussversicherung gem. § 188 Abs. 4 SGG im Jahr 2013 – um seltene
 Fallkonstellationen (so auch Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zu § 5 Abs. 1
 Nr. 13 SGB V vom 14.12.2018, S. 62). Personen gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 12, die
 nicht abhängig beschäftigt sind, unterliegen den Regelungen des § 59. Die hälftige
 Beitragstragung gilt auch für Beschäftigte, die zu den Personen mit Anspruch auf
 Beihilfe oder Heilfürsorge gem. § 28 Abs. 2 gehören. Dies kann zB der Fall sein,
 wenn Arbeitnehmer eine Hinterbliebenenversorgung eines Beamten beziehen (zu
 einer solchen Konstellation BVerfG 25.2.2004 – 1 BvR 1564/94, NVwZ 2004,
 1109).

IV. Erfasste Einnahmen

- 4 § 58 regelt ausschließlich die Beitragstragung für das **Arbeitsentgelt**. Beziehen Beschäftigte daneben noch Einkommen aus den anderen beitragspflichtigen Quellen des § 226 SGB V iVm § 57, erfolgt insoweit keine Aufteilung der Beitragstragung. Eine gesonderte Regelung der Beitragstragung hierfür fehlt in der sozialen Pflegeversicherung. Der beschäftigte Versicherte trägt die Beitragslast aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit entsprechend § 250 Abs. 1 SGB V, § 59 Abs. 1 S. 1 (BeckOGK/Peters Rn. 2; BeckOGK/Peters § 59 Rn. 6) allein. Dasselbe gilt analog § 59 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 bei Rentenbezug neben dem Einkommen aus Arbeitsentgelt.

V. Paritätische Beitragstragung

- 5 Die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt werden unter den Voraussetzungen von Abs. 1 S. 1 hälftig durch Beschäftigte und Arbeitgeber getragen. Das Prinzip der **paritätischen Beitragstragung** findet sich auch in anderen Zweigen der Sozialversicherung, zB in § 249 Abs. 1 SGB V und § 168 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI. Ab 1.7.2023 tragen Arbeitnehmer, die Eltern iSv § 55 Abs. 3 und 4 sind, und die Arbeitgeber je 1,7 %.
- 6 Die hälftige Beitragstragung ergibt sich nur in Ländern, die einen stets auf einen Werktag fallenden Feiertag aufgehoben haben. Dies ist mit Ausnahme von Sachsen in allen Bundesländern geschehen. Ob die Rechtsfolge des Abs. 1 S. 1 eintritt, richtet sich nach dem **Beschäftigungsort iSv §§ 9, 10 SGB IV**, nicht dem Wohnort des Beschäftigten. Die Aufhebung des Feiertages gleicht nach Abs. 2 die Mehrbelastung der Arbeitgeber durch die Beteiligung an der Beitragslast der sozialen Pflegeversicherung aus (vgl. § 1 Abs. 6 S. 1 und → Vor §§ 54–68 Rn. 5). Die Formulierung des Abs. 2 ist als Programmsatz Ausdruck einer von den Bundesländern im Gesetzgebungsverfahren geäußerten Absicht, nicht aber als Verpflichtung zur Aufhebung des Feiertages kraft Bundesrechts zu lesen. Dies wäre mit der aus Art. 70 GG folgenden Kompetenz der Länder für die Regelung von Feiertagen nicht vereinbar. Das BVerfG hat in Abs. 2 und 3 daher auch keine Materien des Feiertagsrechts gesehen (BVerfG 11.6.2003 – 1 BvR 190/00 ua, SozR 4–3300 § 58 Nr. 1 = NJW 2003, 3191). Die Aufhebung eines Feiertages führt nach Abs. 4 S. 2 nur dann (ggf. auch rückwirkend) für das **aktuelle Kalenderjahr** zur Anwendung des Abs. 2, wenn der Feiertag bei Inkrafttreten seiner Aufhebung in dem Jahr noch nicht begangen worden ist. Anderenfalls gilt Abs. 3 bis zum folgenden Jahr weiter.

VI. Abweichende Verteilungen der Beitragslast

- 7 Abweichungen von der hälftigen Beitragstragung sind an mehreren Stellen in § 58 vorgesehen und ergeben sich auch aus anderen Vorschriften. Dies ist dem Grunde nach zulässig, da die **paritätische Tragung kein zwingender Grundsatz** der sozialen Pflegeversicherung ist (BSG 29.11.2006 – B 12 RJ 4/05 R, BSGE 97, 292 = SozR 4–3300 § 59 Nr. 1 = BeckRS 2007, 41335).

1. Kurzarbeiter und Zuschlag für Kinderlose (Abs. 1 S. 2 und 3)

- 8 Abs. 1 S. 2 und 3 regeln Einschränkungen des Grundsatzes der hälftigen Tragung, die unabhängig davon eingreifen, ob das betreffende Bundesland einen Feiertag gem. Abs. 2 gestrichen hat. Abs. 1 S. 2 sieht eine Tragung für das (Saison-/

Transfer-) **Kurzarbeitergeld** nach SGB III durch den Arbeitgeber vor; soweit neben dem Kurzarbeitergeld noch regulärer Lohn gezahlt wird, verbleibt es bei den allgemeinen Regelungen von Abs. 1 S. 1. Diese schon bei Einführung des AFG so geregelte Alleinbelastung des Arbeitgebers sollte das Interesse des Arbeitgebers stärken, die Kurzarbeit möglichst einzuschränken (BT-Drs. V/2291, 90 zu § 160). Zum 1.4.2024 wird die Regelung auf das neu geschaffene **Qualifizierungsgeld** gem. §§ 82a–82c SGB III übertragen, das in Anlehnung an das Kurzarbeitergeld konzipiert ist und auch beitragsrechtlich entsprechend behandelt werden soll (BT-Drs. 20/6518, 52).

Der Zuschlag für **Kinderlose** nach § 55 Abs. 3 S. 1 (hierzu → § 55 Rn. 6 ff.) **9** wird gem. Abs. 1 S. 3 vom Beschäftigten getragen. In dieser Regelung soll zum Ausdruck kommen, dass auch der immaterielle Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung in Form von Erziehung und Betreuung von Kindern nicht von den Arbeitgebern, sondern von den Kindererziehenden allein aufgebracht wird. Zudem wollte der Gesetzgeber eine Erhöhung der Lohnnebenkosten verhindern (BT-Drs. 15/3671, 6 f.). Ab 1.7.2023 wird der Grundsatz der hälftigen Tragung auch bei Mitgliedern mit mehreren Kindern unter 25 Jahren durchbrochen, vgl. hierzu § 59a.

2. Nichtaufhebung des Feiertages (Abs. 3)

Abs. 3 sieht eine Verschiebung von Beitragslast vom Arbeitgeber auf das beschäftigte Mitglied vor, wenn es in einem Bundesland tätig ist, das für die soziale Pflegeversicherung keinen stets auf einen Werktag fallenden Feiertag abgeschafft hat (derzeit nur Sachsen). Gemäß Abs. 3 S. 1 trägt der Beschäftigte hier zunächst **1 % der Beiträge** allein. Im zweiten Schritt gilt Abs. 3 S. 3 Hs. 1, wonach die Beitragstragung „im Übrigen“ nach Abs. 1 (hälftig) verteilt wird. Ab 1.7.2023 tragen Arbeitnehmer, die Eltern iSv § 55 Abs. 3 und 4 sind, in Sachsen insgesamt 2,2 % der Beitragsbemessungsgrundlage (2,8 % für Kinderlose, bei Mitgliedern mit mehreren Kindern unter 25 Jahren ergeben sich Beitragsabschlüsse für den Beschäftigten), die Arbeitgeber 1,2 %. Für Beschäftigte iSd Abs. 1 mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge gem. § 28 Abs. 2 (vgl. → Rn. 3) halbiert Abs. 3 S. 2 den vom Beschäftigten zu tragenden Beitragsatz auf 0,5 %. Im Übrigen gilt auch für diesen Versichertenkreis Abs. 3 S. 3 Hs. 1, woraus sich insgesamt eine Beitragslast für Mitglieder von 1,1 % (Kinderlose: 1,7 %) und für Arbeitgeber von 0,6 % ergibt. Die Abweichungen von der hälftigen Tragung sind nach BVerfG 11.6.2003 – 1 BvR 190/00 ua, SozR 4–3300 § 58 Nr. 1 = NJW 2003, 3191 verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Die Kompensationslücke, dh die Mehrbelastung für Beschäftigte in Sachsen, sei angesichts des Nutzens der sozialen Pflegeversicherung für die Bevölkerung hinnehmbar. Seit der Neufassung des Abs. 5 zum 1.10.2022 geht der Verweis für Personen mit einem **Einkommen im Übergangsbereich** auf „Satz 2“ des Abs. 5 in Abs. 3 S. 3 Hs. 2 fehl. Abs. 3 S. 4 kann wegen Zeitablaufes aufgehoben werden; zur Klarstellungsfunktion → 5. Aufl. 2018, Rn. 9).

3. Übergangsbereich (Abs. 5)

Abs. 5 regelt seit der Neufassung zum 1.10.2022 ausschließlich die Beitragstragung **11** für Entgelte im **Übergangsbereich**, dh für Personen, die ein monatliches Arbeitsentgelt zwischen 538,01 EUR (2024, § 8 Abs. 1a SGB IV) und 2.000,00 EUR (§ 20 Abs. 2 SGB IV) erzielen. Der im früheren S. 1 enthaltene Verweis auf § 249 Abs. 2 SGB V, der lediglich Abs. 1 S. 2 wiederholte, ist entfallen. Das überarbeitete System soll den Fehlanreiz für geringfügig Beschäftigte beseitigen, ihre Arbeitszeit nur deshalb zu begrenzen, weil dadurch Sozialversicherungsbeiträge gespart werden (BT-Drs. 20/1408, 31). Eine Übergangsregelung für den Versichertenkreis des § 7 Abs. 2

SGB V im Zeitraum 1.10.2022–31.12.2022 beinhaltet Abs. 5 iVm § 249 Abs. 4 SGB V; hierzu Koppernock NZS 2022, 692 (695).

- 12 Der **Rechenvorgang nach § 2 Abs. 2 BVV** wird im Wesentlichen in vier Schritten durchgeführt: Zunächst wird der zu tragende Gesamtsozialversicherungsbeitrag für alle Versicherungsweige mit der Formel des § 20 Abs. 2a S. 1 SGB IV ermittelt; das Ergebnis wird in der sozialen Pflegeversicherung mit dem Beitragssatz gem. § 55 Abs. 1, 1a nach dem besonderen Verfahren des § 2 Abs. 2 S. 1 BVV multipliziert. Anschließend wird – dies regelt Abs. 5 iVm § 249 Abs. 3 SGB V – der **Arbeitnehmeranteil** berechnet, indem in die Formel des § 20 Abs. 2a S. 6 SGB IV eingesetzt und auf das Zwischenergebnis der hälftige Beitragssatz der Pflegeversicherung angewandt wird. Der **Arbeitgeberanteil** ergibt sich, indem im dritten Schritt der Arbeitnehmeranteil vom Gesamtbeitrag abgezogen wird. Zuletzt wird der Arbeitnehmeranteil ggf. noch um den **Beitragszuschlag** für Kinderlose gem. § 55 Abs. 3 S. 1 erhöht bzw. um den **Beitragsabschlag** für Mitglieder mit mehreren Kindern unter 25 Jahren reduziert. Die Höhe des Zuschlages und des Abschlages werden errechnet, indem der jeweilige Prozentsatz auf den mit Schritt 1 ermittelten Gesamtsozialversicherungsbeitrag angewendet und das Ergebnis auf den Arbeitnehmeranteil aufgeschlagen bzw. davon abgezogen wird (§ 2 Abs. 2 S. 6 und 7 BVV).
- 13 Das System der Beitragsermittlung im Übergangsbereich führt dazu, dass der vom Arbeitnehmer zu tragende Beitragsanteil **an der Geringfügigkeitsgrenze null** beträgt und sich bis zum Erreichen des oberen Grenzwertes der hälftigen Verteilung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung progressiv annähert. Für den Arbeitgeber wirkt das Regelungssystem gegenläufig. Er führt auf Einkommen am unteren Grenzwert den Gesamtbeitrag idR allein ab; über alle Sozialversicherungsweige resultiert dies in eine Eingangsbelastung wie für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse mit 28 %. Mit steigendem Entgelt ergibt sich bei Einkommen am oberen Grenzbetrag des Übergangsbereichs eine Gesamtbelastung wie für reguläre Beschäftigungsverhältnisse und eine hälftige Verteilung der Beitragslast auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber.
- 14 Für die Beschäftigten nach Abs. 3 S. 1, dh Beschäftigte, die **in Sachsen beitragspflichtige Einnahmen innerhalb des Übergangsbereichs** erhalten, wird gem. Abs. 5 Hs. 2 grds. ebenfalls der vorstehend beschriebene Mechanismus (→ Rn. 13) mit vier Berechnungsschritten zu Grunde gelegt. Die Vorschrift modifiziert die Beitragstragung zu Lasten des Arbeitnehmers dadurch, dass in Rechenschritt zwei das Ergebnis der Formel des § 20 Abs. 2a S. 6 SGB IV nicht mit der Hälfte des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1, 1a multipliziert, sondern der Wert für den Arbeitnehmer um einen Prozentpunkt erhöht wird. Dies bildet die Regelung für versicherungspflichtige Beschäftigte mit höherem Einkommen nach Abs. 3 S. 1 nach.

4. Gering vergütete Ausbildung und Freiwilligendienste

- 15 Zwei weitere Ausnahmen von der hälftigen Beitragstragung enthält § 20 Abs. 3 S. 1 SGB IV. Für Mitglieder, die aus einer **Berufsausbildung** monatlich nicht mehr als 325 EUR Arbeitsentgelt beziehen, werden nach Nr. 1 der Vorschrift die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag allein von dem Arbeitgeber getragen. Zudem trägt gem. § 20 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB IV der Träger bzw. die Einsatzstelle den Beitrag für **Freiwilligendienste** nach dem JFDG oder dem BFDG. Die Vorschrift gilt „abweichend von den besonderen Vorschriften für Beschäftigte“, dh für Pflichtversicherte der GKV. Freiwillig GKV-versicherte Personen, die einen Freiwilligendienst leisten, tragen die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung nach § 59 Abs. 4 selbst. Für sie ist gem. § 61 Abs. 1 S. 4 ein hälftiger Beitragszuschuss zu leisten.

§ 59 Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

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

(2) ¹Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld werden von den Leistungsbeziehern und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen, soweit sie auf das Krankengeld entfallen und dieses nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen ist, im übrigen von den Krankenkassen; die Beiträge werden auch dann von den Krankenkassen getragen, wenn das dem Krankengeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt. ²Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches oder für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind von der Stelle zu tragen, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen.

(3) ¹Die Beiträge für die nach § 21 Nr. 1 bis 5 versicherten Leistungsempfänger werden vom jeweiligen Leistungsträger getragen. ²Beiträge auf Grund des Leistungsbezugs im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe nach Kapitel 6 des Vierzehnten Buches gelten als Aufwendungen für die Kriegsopferfürsorge.

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

1. die auf Grund des Bezuges von Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach Kapitel 5 des Vierzehnten Buches [ab 1.1.2025: ,*Krankengeld der Soldatenentschädigung*] oder von Übergangsgeld zu zahlenden Beiträge von dem zuständigen Rehabilitationsträger,
2. die Beiträge für satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen einschließlich der Beiträge bei einer Weiterversicherung nach § 26 von der Gemeinschaft allein getragen.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2–12 versicherungspflichtige Mitglieder .	3
1. Bezieher von Alg I (Nr. 2)	4
2. Bezieher von Bürgergeld (Nr. 2a)	5
3. Landwirtschaftliche Versicherte (Nr. 3)	6
4. Künstler und Publizisten (Nr. 4)	7
5. Jugendliche (Nr. 5)	8
6. Rehabilitanden (Nr. 6)	9
7. Menschen mit Behinderungen (Nr. 7 und 8)	10
8. Studenten und Praktikanten (Nr. 9 und 10)	11
9. Versicherungspflichtige Rentner (Nr. 11)	12
10. Rückkehrer (Nr. 12)	13
11. Wehrdienstleistende	14
12. Außerbetriebliche Berufsausbildung, § 413 SGB V	14a
IV. Krankengeld (Abs. 2)	15
V. Nach § 21 Nr. 1–5 Versicherungspflichtige (Abs. 3)	17
VI. Freiwillig GKV-Versicherte und weitere Mitglieder (Abs. 4)	18
VII. Beitragszuschlag für Kinderlose (Abs. 5)	19

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Die endgültige Fassung wurde erst im zweiten Vermittlungsverfahren gefunden (BT-Drs. 12/7323, 4, vgl. §§ 62–64 des RegE und zu § 55 idF des AuS-Ausschusses BT-Drs. 12/5920, 53). Abs. 1 S. 1 mehrfach geändert: durch Art. 10 Nr. 7 AFRG (vom 24.3.1997, BGBl. I 594), Art. 6 des 2. SGB VI-ÄndG (vom 27.12.2003, BGBl. I 3013) mWv 1.4.2004, Art. 8 Nr. 29 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) mWv 1.4.2007, Art. 2a Gesetz zur Einführung einer Wohnungslosenberichterstattung (vom 4.3.2020, BGBl. I 437) mWv 1.1.2020, durch Art. 5 Nr. 15 lit. a DVPMG (vom 3.6.2021, BGBl. I 1309) mWv 9.6.2021 und redaktionell durch Art. 81 Nr. 2 Pflegestudienstärkungsgesetz (vom 12.12.2023, BGBl. I Nr. 359) mWv 1.1.2024. Abs. 1 S. 2 wurde noch vor Inkrafttreten angepasst durch Art. 6 Nr. 2 Agrarsozialreformgesetz 1995 (vom 29.7.1994, BGBl. I 1890) und neu gefasst durch Art. 6 des 2. SGB VI-ÄndG, vom 27.12.2003, BGBl. I 3013. Abs. 2 S. 1 wurde geändert durch Art. 7 RRG 1999 (vom 16.12.1997, BGBl. I 2998), Art. 5 Nr. 2 Gesetz zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung (vom 5.12.2012, BGBl. I 2474) mWv 1.1.2013 und durch Art. 10 Nr. 4 Mindestlohn-SchutzG (vom 28.6.2022, BGBl. I 969) mWv 1.10.2022. Abs. 2 S. 2 wurde eingefügt durch Art. 2c Nr. 2 Gesetz zur Änderung des TransplantationsG (vom 21.7.2012, BGBl. I 1601) mWv 1.8.2012 und erweitert durch Art. 5 Nr. 2 GKV-VSG (vom 16.7.2015, BGBl. I 1211) mWv 23.7.2015. Abs. 3 S. 2 wurde geändert durch Art. 39 Nr. 9 lit. a Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) mWv 1.1.2024. Abs. 4 S. 1 wurde terminologisch angepasst durch Art. 1 Nr. 6c PflEG (vom 14.12.2001, BGBl. I 3728) mWv 1.1.2002 und durch Art. 5 Nr. 15 lit. b DVPMG (vom 3.6.2021, BGBl. I 1309) mWv 9.6.2021. S. 2 wurde neu gefasst durch Art. 4 SGB VI-ÄndG (vom 15.12.1995, BGBl. I 1824), dessen Nr. 1 wurde geändert durch Art. 39 Nr. 9 lit. b Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) mWv 1.1.2024. Abs. 5 wurde angefügt durch Art. 1 Nr. 4 KiBG (vom

15.12.2004, BGBl. I 3448) mWv 1.1.2005 und geändert durch Art. 1 Nr. 22 PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023.

II. Normzweck und Überblick

§ 59 regelt die Tragung der Beiträge für andere Mitglieder, dh der nicht gem. § 58 versicherungspflichtig Beschäftigten. Dies sind die versicherungspflichtigen Personengruppen des § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2–12 (Abs. 1), die Bezieher von Krankengeld (Abs. 2), nach § 21 Versicherungspflichtige (Abs. 3) sowie freiwillige GKV-Mitglieder und Personen, die nicht in der GKV, aber der sozialen Pflegeversicherung Mitglied sind (Abs. 4). Für alle von § 59 erfassten Personen regelt Abs. 5 die Tragung des Kinderlosenzuschlages. Nicht Gegenstand der Vorschrift ist die Beitragszahlung (hierzu § 60).

III. Nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2–12 versicherungspflichtige Mitglieder

Die Beitragslast der Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2–12 nach Abs. 1 ist überwiegend **wie in der GKV** verteilt. Zusätzlich gilt durch den Verweis auf § 250 Abs. 1 (Nr. 1 und 2) SGB V für jeden der nachfolgend erörterten Tatbestände der Versicherungspflicht, dass die Beitragslast für weitere Einkünfte aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen allein vom Versicherten getragen werden.

1. Bezieher von Alg I (Nr. 2)

Für die Bezieher von **Alg I** trägt die Bundesagentur für Arbeit nach § 251 Abs. 4a SGB V die Beiträge. Der Verweis auf das Unterhaltsgeld in § 251 Abs. 4a SGB V ist nach dessen Umwandlung in Alg I wegen beruflicher Weiterbildung (§ 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB III) gegenstandslos. Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt die Beiträge nach § 174 Abs. 1 und Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB III auch für privat pflegeversicherte Bezieher von Alg I; dies ist der Höhe nach begrenzt auf das, was bei Anwendung des Beitragsatzes gem. § 55 Abs. 1 S. 1 zu tragen wäre.

2. Bezieher von Bürgergeld (Nr. 2a)

Dem Bund obliegt nach § 251 Abs. 4 S. 1 Hs. 2 SGB V die Beitragslast für Bezieher von **Bürgergeld**. Die Gewährung eines Zuschusses zum Beitrag zur privaten Pflegeversicherung eines Leistungsempfängers ist mWv 1.1.2017 in § 26 Abs. 3–5 SGB II neu geregelt und um Abs. 6 für Mitglieder gem. § 21a mWv 9.6.2021 ergänzt worden. Zur früheren Rechtslage BSG 16.10.2012 – B 14 AS 11/12 R, SozR 4–4200 § 26 Nr. 3 = NZS 2013, 311. Die Beitragstragung bei Bezug von Leistungen nach dem SGB XII ist nicht eigenständig geregelt, da dies schon keinen Versicherungstatbestand des § 20 erfüllt. Es kommt unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 1–3 SGB XII eine Übernahme der Beiträge durch den Sozialhilfeträger in Betracht (vgl. BSG 15.11.2012 – B 8 SO 3/11 R, SozR 4–3500 § 32 Nr. 2 = NVwZ-RR 2013, 765 = SGB 2013, 35).

3. Landwirtschaftliche Versicherte (Nr. 3)

Der **landwirtschaftliche Unternehmer** trägt, ohne dass dies ausdrücklich geregelt ist, seine Beiträge selbst (vgl. § 47 KVLG 1989 für die landwirtschaftliche Krankenversicherung) und nach dem gem. Abs. 1 S. 1 Hs. 1 entsprechend anwendbaren

§ 48 Abs. 1 S. 1 KVLG 1989 auch die Beiträge der mitarbeitenden Familienangehörigen. Auch landwirtschaftliche Rentner, Produktionsaufgaberennter und Ausgleichsgeldbezieher nach dem FELEG haben gem. § 59 Abs. 1 S. 2 ihre Beiträge – ebenso wie GRV-Rentner nach Abs. 1 S. 1 Hs. 2 (vgl. → Rn. 12) – selbst zu tragen.

4. Künstler und Publizisten (Nr. 4)

- 7 Nach § 251 Abs. 3 SGB V iVm Abs. 1 S. 1 trägt die KSK die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung der **selbständigen Künstler und Publizisten** gem. KSVG. Der Beitrag setzt sich hälftig zusammen aus dem auf den Künstler entfallenden Anteil, auf den die KSK gem. § 16a Abs. 1 S. 1 KSVG einen Zahlungsanspruch gegen das Mitglied hat, sowie dem aus Künstlersozialabgabe und Bundeszuschuss finanzierten Beitragsanteil der KSK. Soweit der Versicherte nicht an die KSK zahlt, ruht der Leistungsanspruch nach §§ 16 Abs. 2, 16a Abs. 2 KSVG, und die Pflicht der KSK zur Beitragsentrichtung zur sozialen Pflegeversicherung entfällt grundsätzlich (§ 251 Abs. 3 S. 2 SGB V). Der von der KSK zu übernehmende hälftige Beitragsanteil ist im Verhältnis zu den Pflegekassen Versicherungsbeitrag und gleichzeitig Sozialleistung für das Mitglied, für die § 44 SGB X gilt (BSG 25.8.2009 – B 3 KS 1/09 B, SozR 4–5425 § 8 Nr. 1 = FA 2010, 96 = BeckRS 2009, 73391).

5. Jugendliche (Nr. 5)

- 8 Verpflichtet zur Beitragstragung für die **Jugendlichen** nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 sind gem. § 251 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V die Einrichtungen, in denen zur Erwerbstätigkeit befähigt wird.

6. Rehabilitanden (Nr. 6)

- 9 Der Rehabilitationsträger trägt nach § 251 Abs. 1 SGB V die Beitragslast der sozialen Pflegeversicherung für die **Rehabilitanden** nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 6.

7. Menschen mit Behinderungen (Nr. 7 und 8)

- 10 Für die nach § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 und 8 versicherungspflichtigen **behinderten Menschen** tragen gem. Abs. 1 S. 1 iVm § 251 Abs. 2 Nr. 2 SGB V die Träger der Einrichtung die Beiträge, soweit das Arbeitsentgelt monatlich nicht mehr als 20 % der Regelbezugsgröße des § 18 SGB IV beträgt. Im Übrigen, dh nur soweit das gezahlte Entgelt diesen Mindestbetrag überschreitet, kommt es zu einer Beitragstragung durch die Beschäftigten und den Einrichtungsträger je zur Hälfte (BSG 23.7.2014 – B 12 P 1/12 R, SozR 4–2500 § 251 Nr. 2 = Die Beiträge-Beil. 2015, 222 = BeckRS 2015, 65357).

8. Studenten und Praktikanten (Nr. 9 und 10)

- 11 Der versicherungspflichtige **Student** bzw. Praktikant trägt nach § 250 Abs. 1 Nr. 3 iVm § 236 Abs. 1 SGB V iVm Abs. 1 S. 1 seinen Beitrag selbst. Gleiches gilt für freiwillig GKV-versicherte Studenten (Abs. 4 S. 1 Hs. 1).

9. Versicherungspflichtige Rentner (Nr. 11)

- 12 Versicherungspflichtige **GRV-Rentner** tragen ihre Beiträge nach Abs. 1 S. 1 Hs. 2 allein. Durch die Streichung des Verweises auf § 249a SGB V in § 59 Abs. 1 S. 1 entfiel zum 1.4.2004 die hälftige Tragung durch die RV-Träger (verfassungsgemäß in der sozialen Pflegeversicherung nach BSG 29.11.2006 – B 12 RJ 4/05 R, SozR 4–3300 § 59 Nr. 1 = BeckRS 2007, 41335 und BVerfG 7.10.2008 – 1 BvR 2995/06, NJW 2009, 983; zur GKV vgl. BVerfG 28.2.2008 – 1 BvR 2137/06, NZS

2009, 91). Diese Rechtslage wurde in der GRV erst zum 1.1.2012 durch die Änderungen der §§ 223 Abs. 4, 224 Abs. 1 S. 2 und 289 Abs. 3 SGB VI vollständig nachvollzogen, indem dort jeweils der Verweis auf von der RV zu tragende Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung gestrichen wurde. Der fehlende Verweis auf § 249a SGB V hat zur Folge, dass in der sozialen Pflegeversicherung die Tragung von Beiträgen aus **ausländischen Renten** und des auf den RV-Träger entfallenden beitragspflichtigen Anteiles auf **Waisenrenten gem. § 48 SGB VI** nicht geregelt ist. Es liegt nahe, § 249a S. 2 und 3 SGB V bzw. Abs. 1 S. 1 Hs. 2 analog anzuwenden.

10. Rückkehrer (Nr. 12)

Während § 58 Abs. 1 S. 1 versicherungspflichtige Rückkehrer erfasst, die eine nicht zur Versicherungspflicht führende Beschäftigung ausüben, wird die Beitragstragung für die übrigen **Rückkehrer in die soziale Pflegeversicherung** gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 durch § 59 Abs. 1 S. 1, § 250 Abs. 3 SGB V geregelt. Dazu gehören zB früher GKV-Versicherte, deren Mitgliedschaft vor dem 1.4.2007 wegen Beitragsrückstandes beendet wurde, oder solche, die nach dem Ende einer Versicherungspflicht keinen anderen Tatbestand des § 20 Abs. 1 erfüllen und auch keine freiwillige GKV-Mitgliedschaft begründen. Der Personenkreis wird durch § 188 Abs. 4 SGB V verkleinert, da sich an das Ende einer Versicherungspflicht oder Familienversicherung jetzt idR eine freiwillige GKV-Versicherung anschließt, die zur Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung führt. Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung sind nach § 250 Abs. 3 SGB V iVm Abs. 1 S. 1 von diesen selbst zu tragen; kritisch Sieben ErsK 2008, 272. Zur Tragung bei Beiträgen aus Renten und Arbeitsentgelt vgl. BeckOGK/Peters Rn. 17.

11. Wehrdienstleistende

Die Tragung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung ist für die **Teilnehmer am (freiwilligen) Wehrdienst** nicht ausdrücklich geregelt. Ist einem Mitglied der sozialen Pflegeversicherung während des Wehrdienstes weiter ein Entgelt vom Arbeitgeber zu gewähren, sind analog §§ 193 Abs. 1, 249 Abs. 1 S. 1 SGB V die Beiträge für Pflichtversicherte hälftig vom Arbeitgeber und vom Versicherten zu tragen. Für andere pflicht- und freiwillig versicherte Wehrdienstleistende trägt der Bund gem. §§ 193 Abs. 2, 251 Abs. 4 SGB V auch in der sozialen Pflegeversicherung die Beiträge während des Wehrdienstes (vgl. Hauck/Noftz/Didong Rn. 28). Diese aus Abs. 1 S. 1 abgeleitete Regelung ist vorrangig gegenüber Abs. 4 S. 1, der durch den Verweis auf die erhaltenen Mitgliedschaften dem Wortlaut nach ebenfalls einschlägig ist. Abs. 1 S. 1 verweist auf den gesamten § 251 SGB V, einschließlich dessen Abs. 4. Da der Bund in der GKV die Beitragslast für Wehrdienstleistende trägt, kann in der sozialen Pflegeversicherung nichts anderes gelten.

12. Außerbetriebliche Berufsausbildung, § 413 SGB V

Der Verweis in Abs. 1 S. 1 auf § 413 SGB V erfasst Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem BBiG in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden. Für diese Personen wird eine Tragung der Beitragslast durch den Träger angeordnet, soweit die Ausbildung vor dem 1.1.2020 begonnen hat. Systematisch hätte eine Regelung im Rahmen von § 58 erfolgen müssen, weil der Personenkreis des § 413 SGB V in der GKV nach § 5 Abs. 4a SGB V anderen Auszubildenden gleichgestellt ist (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), was zur Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 führt. Für Ausbildungsverhältnisse ab 1.1.2020 gilt § 58, nachdem zu diesem Stichtag eine Mindestvergütung eingeführt worden ist (vgl. BT-Drs. 19/16540, 15).

IV. Krankengeld (Abs. 2)

- 15 Beim Bezug von Krankengeld besteht für GKV-Versicherungspflichtige die Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, § 49 Abs. 2 fort. Auch eine freiwillige GKV-Versicherung und die daraus resultierende Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung werden vom Krankengeldbezug nicht berührt. Der Krankengeldbezieher wird nach Abs. 2 S. 1 Hs. 1 Teilsatz 1 grundsätzlich **zur Hälfte** an der Tragung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung beteiligt, soweit sie auf das Krankengeld entfallen. Hier zeigt sich der Charakter des Krankengeldes als Lohnersatzleistung. Im Übrigen, dh gem. Abs. 2 S. 1 Hs. 1 Teilsatz 2 für Krankengeld auf der Basis von Alg I („in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit“, vgl. § 47b SGB V) oder bei geringem Krankengeldanspruch gem. Abs. 2 S. 1 Hs. 2 tragen die Krankenkassen den Beitrag allein.
- 15a Krankengeld auf der Grundlage geringfügiger Beschäftigung iSv Abs. 2 S. 1 Hs. 2 kommt nur in Ausnahmefällen in Betracht, weil diese Tätigkeit keine Versicherung gem. § 44 Abs. 1 SGB V gewährt; Relevanz besteht zB im Rahmen des Krankengeldes nach § 44b SGB V. Die Vorschrift vollzieht die schon vor Einführung bestehende Praxis der Krankenkassen nach, Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung auf Krankengeld, das **auf Einkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze beruht, allein zu tragen** (BT-Drs. 17/10773, 16). Nachdem die Geringfügigkeitsgrenze in § 8 SGB IV zum 1.10.2022 dynamisch an die Mindestlohnentwicklung gekoppelt worden ist, ist auch Abs. 2 S. 1 Hs. 2 angepasst worden.
- 16 Bei Krankengeldbezug gem. § 44a SGB V bzw. Verdienstausfallersatz in Folge einer **Organspende** gem. §§ 8, 8a TPG (ab 1.8.2012) oder gem. § 9 TFG (ab 23.7.2015) werden die Beiträge nach Abs. 2 S. 2 von der Stelle getragen, die die Entgeltersatzleistung erbringt. Die beitragsrechtliche Privilegierung von Krankengeldempfängern gem. § 44a SGB V soll die Spendenbereitschaft erhöhen (vgl. BT-Drs. 17/7376, 36 (Nr. 1) und BT-Drs. 17/7376, 37). Wird das Krankengeld von mehreren Stellen anteilig erbracht – dies ist insbesondere der Fall, wenn der Organ- bzw. Gewebeempfänger als Beamter beihilfeberechtigt und ergänzend in der privaten Krankenversicherung versichert ist – werden die Beiträge von jeder Stelle anteilmäßig getragen. Die **Selbstverpflichtung** des Verbandes der privaten Krankenversicherung vom 9.2.2012 (BT-Drs. 17/9773, 38f.), mit der die Leistung von Entgeltersatz und die Erstattung der Sozialversicherungsbeiträge für Organspender an in der privaten Krankenversicherung Versicherte erklärt wurde, nennt zwar nicht ausdrücklich die Erstattung auch der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung; die Tragungsverpflichtung ergibt sich aber aus Abs. 2 S. 2. Auch BT-Drs. 17/9773, 34, geht davon aus, dass die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung des Organspenders von dem Unternehmen der privaten Pflegeversicherung des Spendenempfängers getragen werden.

V. Nach § 21 Nr. 1–5 Versicherungspflichtige (Abs. 3)

- 17 Abs. 3 S. 1 verpflichtet den jeweiligen Leistungsträger zur Tragung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung für die nach § 21 Nr. 1–5 Versicherungspflichtigen (für Zeitsoldaten gem. § 21 Nr. 6 gilt Abs. 4 S. 1, vgl. → Rn. 18). Es sind dies die Länder bzw. durch die Länder bestimmte Stellen bei Versicherungspflichtigen nach § 21 Nr. 1, 3 und 5, der Bund für die Personen gem. § 21 Nr. 2 und die Landkreise (Jugendämter) für Mitglieder nach § 21 Nr. 4 (§ 69 SGB VIII). Abs. 3 S. 2 hat Bedeutung für den Verteilungsschlüssel zwischen Bund und Ländern im Rahmen der Kriegsofferfürsorge. Diese Vorschrift ist zum 1.1.2024 an die Neuregelungen im SGB XIV angepasst worden. Ab diesem Datum ordnet auch § 75 Abs. 4 SGB XIV die Tragung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung für Geschädigte an, solange sie Mitglieder nach § 21 sind. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen vgl. → § 57 Rn. 27, zur Möglichkeit des Zahlungsauftrages → § 60 Rn. 13.

VI. Freiwillig GKV-Versicherte und weitere Mitglieder (Abs. 4)

Die in Abs. 4 S. 1 aufgeführten Mitglieder tragen ihre Beiträge grundsätzlich selbst. **Freiwillig GKV-Versicherte** in einer Beschäftigung haben jedoch unter den Voraussetzungen des § 61 Anspruch auf einen Zuschuss des Arbeitgebers. Allein tragen den Beitrag freiwillig Versicherte gem. §§ 26, 26a, Zeitsoldaten gem. § 21 Nr. 6 und Mitglieder gem. § 21a. Gleiches gilt grundsätzlich für Mitglieder, deren Mitgliedschaft gem. § 49 Abs. 2 S. 1 erhalten bleibt. Der hiervon betroffene Personenkreis wird in zweierlei Hinsicht eingeschränkt. Zum einen besteht für einige der erhaltenen Mitgliedschaften Beitragsfreiheit gem. § 56 (bestimmte Rentenantragsteller, Bezieher von Mutterschafts-, Eltern- oder Pflegeunterstützungsgeld) oder aus anderen Gründen (zB bei Fehlen beitragspflichtiger Einnahmen während der Teilnahme an einem rechtmäßigen Arbeitskampf). Für andere erhaltene Mitgliedschaften gibt es in der sozialen Pflegeversicherung besondere Traguingsregelungen. Dies betrifft Empfänger von Krankengeld (→ Rn. 15 f.), Teilnehmer am freiwilligen Wehrdienst (vgl. → Rn. 14) und Kurzarbeiter (→ § 58 Rn. 8).

Nach Abs. 4 S. 2 Nr. 1 werden zudem Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung vom Rehabilitationsträger getragen, soweit Leistungen aus **Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach Kapitel 5 des SGB XIV und Übergangsgeld** (ab 2025 zusätzlich: Krankengeld der Soldatenentschädigung) beitragspflichtig sind. Dies erfasst sowohl Bezieher dieser Leistungen, deren Pflichtmitgliedschaft in der GKV gem. § 193 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, § 49 Abs. 2 S. 1 aufrechterhalten wird, als auch freiwillig GKV-versicherte Leistungsbezieher. Abs. 4 S. 2 Nr. 2 weist die Beitragstragung für Einnahmen der Mitglieder geistlicher Genossenschaften gem. § 57 Abs. 4 S. 3 Hs. 2 der jeweiligen Gemeinschaft zu; dies gilt auch für den Fall einer freiwilligen Weiterversicherung gem. § 26 Abs. 2.

VII. Beitragszuschlag für Kinderlose (Abs. 5)

Abs. 5 ergänzt die Grundsätze der Beitragstragung nach Abs. 1–4. Ebenso wie in § 58 Abs. 1 S. 3 für abhängig Beschäftigte wird der Beitragszuschlag für Kinderlose von allen von § 59 erfassten Versicherten allein getragen. Dies gilt nach BSG 5.5.2010 – B 12 KR 14/09 R, SozR 4–3300 § 59 Nr. 3 = NZS 2011, 263, auch dann, wenn die Beitragslast im Übrigen einem Dritten obliegt; vgl. BT-Drs. 15/3761, 7 zu Nr. 4. Vgl. zur Zahlung des Zuschlages § 60 Abs. 5–7 und zur Reduzierung der Beitragstragung für Mitglieder mit mehreren Kindern § 59a.

§ 59a Berücksichtigung des Beitragsabschlags für Eltern bei der Beitragstragung

¹Der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 reduziert die vom Mitglied zu tragenden Beiträge. ²Soweit die Beiträge von Dritten getragen werden, findet der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 keine Berücksichtigung.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Beitragstragung auch durch das Mitglied	3
IV. Beitragstragung nur durch Dritte	4

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.7.2023 durch Art. 1 Nr. 23 PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) eingeführt worden.

II. Normzweck

- 2 § 59a bestimmt, wessen Beitragslast durch den Beitragsabschlag für Mitglieder mit mehreren Kindern unter 25 Jahren in § 55 Abs. 3 S. 4 und 5 reduziert wird. Die Vorschrift gilt unabhängig von der Art der Mitgliedschaft für alle Mitglieder, bei denen der Beitragsabschlag zur Anwendung kommt.

III. Beitragstragung auch durch das Mitglied

- 3 Satz 1 erfasst die Fälle, in denen entweder das Mitglied den gesamten Beitrag allein trägt oder nur ein Anteil von einem Dritten übernommen wird, also zB für Beschäftigte gem. § 58, einige Fälle des § 59 Abs. 1, Bezieher von Krankengeld gem. § 59 Abs. 2 und Pflichtmitglieder aus freiwilliger gesetzlicher Krankenversicherung nach § 59 Abs. 4 S. 1. Der Beitragsabschlag reduziert ausschließlich den vom Mitglied zu tragenden Beitrag, nicht den des Dritten.

IV. Beitragstragung nur durch Dritte

- 4 Trägt ein Dritter die alleinige Beitragslast – dies ergibt sich in einigen Fällen des § 59 Abs. 1 sowie des § 59 Abs. 3 und 4 S. 2 –, erfolgt nach S. 2 keine Reduzierung durch einen Beitragsabschlag, für den das Mitglied die Voraussetzungen gem. § 55 Abs. 3 S. 3 und 4 erfüllt. Der (familienfremde) Dritte soll nicht durch die Kindererziehungsleistung des Mitglieds entlastet werden. Eine Ausnahme davon regelt § 55 Abs. 5 S. 4 Hs. 2 für mitarbeitende Familienangehörige landwirtschaftlicher Unternehmer, vgl. → § 55 Rn. 13.

§ 60 Beitragszahlung

(1) ¹Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. ²§ 252 Abs. 1 Satz 2, die §§ 253 bis 256a des Fünften Buches und § 49 Satz 2, die §§ 50 und 50a des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. ³Die aus einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu entrichtenden Beiträge werden von der Alterskasse gezahlt; § 28g Satz 1 des Vierten Buches gilt entsprechend.

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

(3) ¹Die Beiträge sind an die Krankenkassen zu zahlen; in den in § 252 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches geregelten Fällen sind sie an den Gesundheitsfonds zu zahlen, der sie unverzüglich an den Ausgleichsfonds weiterzu-

leiten hat. ²Die nach Satz 1 eingegangenen Beiträge zur Pflegeversicherung sind von der Krankenkasse unverzüglich an die Pflegekasse weiterzuleiten. ³In den Fällen des § 252 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches ist das Bundesamt für Soziale Sicherung als Verwalter des Gesundheitsfonds, im Übrigen sind die Pflegekassen zur Prüfung der ordnungsgemäßen Beitragszahlung berechtigt; § 251 Absatz 5 Satz 3 bis 7 des Fünften Buches gilt entsprechend. ⁴§ 24 Abs. 1 des Vierten Buches gilt. ⁵§ 252 Abs. 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung den Beiträgen zur Krankenversicherung gleichstehen.

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

(5) ¹Der Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 1 ist von demjenigen zu zahlen, der die Beiträge zu zahlen hat. ²Wird der Pflegeversicherungsbeitrag von einem Dritten gezahlt, hat dieser einen Anspruch gegen das Mitglied auf den von dem Mitglied zu tragenden Beitragszuschlag. ³Dieser Anspruch kann von dem Dritten durch Abzug von der an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend gemacht werden.

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

(7) ¹Die Beitragszuschläge für die Bezieher von Arbeitslosengeld, Qualifizierungsgeld, Unterhaltsgeld und Kurzarbeitergeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und, soweit die Bundesagentur beitragszahlungspflichtig ist, für Bezieher von Berufsausbildungsbeihilfe nach dem Dritten Buch werden von der Bundesagentur für Arbeit pauschal in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen. ²Die Bundesagentur für Arbeit kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales hinsichtlich der übernommenen Beträge Rückgriff bei den genannten Leistungsbeziehern nach dem Dritten Buch nehmen. ³Die Bundesagentur für Arbeit kann mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung Näheres zur Zahlung der Pauschale vereinbaren.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Schuldnerschaft (Abs. 1)	3
1. Beiträge aus Bürgergeld	4
2. Beiträge aus Arbeitsentgelt	5
3. Beiträge von Studenten	6
4. Beiträge aus der Rente	7
5. Beiträge landwirtschaftlicher Rentner	9
6. Beiträge von Rückkehrern	10

	Rn.
IV. Bezieher von Krankengeld (Abs. 2 S. 1)	11
V. Zahlungsauftrag (Abs. 2 S. 2)	13
VI. Zahlungsweg (Abs. 3)	14
1. Direktzahlungen (S. 1)	15
2. Prüfung der Beitragsabführungen (S. 3)	16
3. Zahlungsmodalitäten (S. 4 und 5)	17
VII. Zahlungsweg bei Rentenempfängern (Abs. 4)	18
VIII. Beitragszuschlag für Kinderlose (Abs. 5–7)	19

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. § 60 entspricht der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses (BT-Drs. 12/5920, 54; zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 44, im RegE: §§ 65–67 RegE). Abs. 1 S. 3 wurde noch vor dem Inkrafttreten durch Art. 6 Nr. 3 Agrarsozialreformgesetz 1995 (vom 29.7.1994, BGBl. I 1890) geändert. Abs. 1 S. 2 wurde angepasst durch Art. 10 Nr. 8 AFRG (vom 24.3.1997, BGBl. I 594) und mWv 1.1.2009 durch Art. 8 Nr. 30 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) sowie Art. 5 Nr. 3 GKV-VSG (vom 16.7.2015, BGBl. I 1211) mWv 1.1.2016. Mit Art. 8 Nr. 30 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) wurde auch Abs. 3 S. 1 zum 1.1.2009 neu gefasst, der durch Art. 2a Gesetz vom 15.7.2013 (BGBl. I 2423) mWv 1.8.2013 um den Verweis auf die Regelungen zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung in § 256a SGB V und § 50a KVLG 1989 ergänzt wurde. Abs. 3 S. 3 wurde neu gefasst durch Art. 4 Nr. 3 GKV-VStG (vom 22.12.2011, BGBl. I 2983) mWv 1.1.2012 und terminologisch (BAS) angepasst durch Art. 39 Nr. 10 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) mWv 1.1.2020. Zum 1.1.2009 trat der durch Art. 2a Nr. 1 GKV-OrgWG (vom 15.12.2008, BGBl. I 2426) eingefügte Abs. 3 S. 5 in Kraft. Abs. 4 wurde angefügt durch Art. 12 HzVG (vom 21.6.2002, BGBl. I 2167). Abs. 4 S. 1 wurde ergänzt durch Art. 10 Nr. 4 RVOrgG (vom 9.12.2004, BGBl. I 3242) mWv 1.10.2005. S. 2 angefügt durch Art. 4 3. SGB VI-ÄndG (vom 27.12.2003, BGBl. I 3019). Art. 10 Nr. 4 RVOrgG, (vom 9.12.2004, BGBl. I 3242), änderte Abs. 4 S. 1 und 2 mWv 1.10.2005. Abs. 5–7 wurden angefügt durch Art. 1 Nr. 5 KiBG (vom 15.12.2004, BGBl. I 3448) mWv 1.1.2005. Abs. 5 S. 1 wurde geändert durch Art. 1 Nr. 24 lit. a PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023. Art. 7 des Gesetzes zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende (vom 20.7.2006, BGBl. I 1706) machte nur die Streichung des Winterausfallgeldes in Abs. 7 S. 1 durch Art. 8 Nr. 3 GanzjBeschFG (vom 24.4.2006, BGBl. I 926) gegenstandslos, nicht aber die Änderung des Abs. 7 S. 2 durch dieses Gesetz. Die Norm des Ausgleichsfonds wurde in Abs. 7 S. 1 korrigiert durch Art. 1 Nr. 24 lit. b PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023 und mWv 1.4.2024 um das Qualifizierungsgeld ergänzt durch Art. 13 Nr. 2 Gesetz zur Stärkung der Aus- und Weiterbildungsförderung (vom 17.7.2023, BGBl. I Nr. 191). Abs. 7 S. 3 wurde terminologisch (BAS) angepasst durch Art. 39 Nr. 10 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) mWv 1.1.2020.

II. Normzweck und Überblick

- 2 § 60 Abs. 1 und 2 legen fest, wer die Beiträge tatsächlich zu leisten hat. Abs. 3 und 4 regeln, an wen die Beiträge zu zahlen sind sowie weitere allgemeine Verfahrensvorschriften im Hinblick auf die Zahlung. Die Zahlung des Beitragszuschlages

gem. § 55 Abs. 3 S. 1 ist Gegenstand der Abs. 5–7. Dem Beitragsschuldner steht kein Recht auf Kürzung der Beitragszahlung zB wegen einer von ihm nicht befürworteten Verwendung der Beitragsmittel für bestimmte Leistungen zu. Aus Sicht des Versicherten ist die Beitragsentrichtung verwendungsneutral (BSG 9.10.1984 – 12 RK 18/83, BSGE 57, 184 = SozR 2200 § 385 Nr. 10 = BeckRS 1980, 41131 zur GKV).

III. Schuldnerschaft (Abs. 1)

Abs. 1 S. 1 regelt analog zur GKV (§ 252 Abs. 1 S. 1 SGB V) den Grundsatz der Identität von Schuldner und Zahlungsverpflichteten. **Der Träger der Beitragslast hat grds. die Beiträge zu zahlen.** Dies gilt zB für die Beiträge landwirtschaftlicher Unternehmer, der Mitglieder gem. § 21 (vgl. aber → Rn. 13) und der Künstler gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 4. Abs. 1 S. 2 verweist auf die Vorschriften des SGB V, die Ausnahmen und Modifikationen dieses Grundsatzes vorsehen. Dies führt dazu, dass Träger und Schuldner in der Praxis zumeist auseinanderfallen. Hierauf konzentriert sich die folgende Kommentierung.

1. Beiträge aus Bürgergeld

Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus dem **Bürgergeld nach dem SGB II** werden nicht von dem Träger der Beitragslast nach §§ § 251 Abs. 4 S. 1 Hs. 2 SGB V, 59 Abs. 1 S. 1, dem Bund, gezahlt. Abs. 1 S. 2 iVm § 252 Abs. 1 S. 2 SGB V verpflichtet die Bundesagentur für Arbeit bzw. die kommunalen Träger gem. § 6a SGB II zur Zahlung der Beitragsschuld. Infolge des zum 1.1.2016 eingefügten Verweises auf § 49 S. 2 (gemeint ist: Abs. 1 S. 2) KVLG 1989 erfasst Abs. 1 S. 2 auch die Beiträge der nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989 in der Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtigen Bezieher von Bürgergeld. Derselbe Zahlungsweg ergab sich zuvor aus § 20 KVLG idF bis 2015 iVm § 252 SGB V.

2. Beiträge aus Arbeitsentgelt

Der Arbeitgeber führt den Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung aus **Arbeitsentgelt bei versicherungspflichtiger Beschäftigung** als Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrages gem. Abs. 1 S. 2 iVm § 253 SGB V, § 28e Abs. 1 SGB IV an die für den Beschäftigten zuständige Einzugsstelle (Krankenkasse) ab und hat einen Anspruch gegen den Beschäftigten auf die von diesem zu tragende Hälfte des Beitrages gem. § 28g S. 1 SGB IV. Detaillierte Regelungen zu Berechnung und Abführung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages enthält die BVV. Die Krankenkasse als Einzugsstelle ist bei wirtschaftlicher Betrachtung **Gläubigerin des Gesamtsozialversicherungsanspruches**, da sie über Grund und Höhe der Forderung entscheidet. Die Pflegekasse ist daher nicht berechtigt, mit offenen Beitragsansprüchen aus rückständigen Gesamtsozialversicherungsbeiträgen gegen Ansprüche eines säumigen Arbeitgebers aufzurechnen (BSG 12.6.2008 – B 3 P 1/07 R, BSGE 101, 1 = SozR 4–2400 § 28h Nr. 5 = BeckRS 2008, 57450). Die Einzugsstellen überwachen die Zahlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags gem. § 28h Abs. 1 S. 2 SGB IV, die Prüfung der ordnungsgemäßen Abführung obliegt nach § 28p Abs. 1 S. 1 SGB IV den RV-Trägern. Dieses System schließt die Prüfung nach Abs. 3 S. 3 Hs. 2 durch die Pflegekasse (→ Rn. 16) auf ihren Beitragsanteil aus.

Nach § 28d S. 1 SGB IV werden die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus **Arbeitsentgelt von Beschäftigten, die freiwillig GKV-versichert** sind, nicht als Gesamtsozialversicherungsbeitrag, sondern nach den Vorgaben der einzelnen Versicherungszweige an die Krankenkasse gezahlt. Auch hier wird zwar zumeist das

Verfahren als sog. Firmenzahler vereinbart. Zahlt der Arbeitgeber in diesem Verfahren aber nicht, bleibt das Mitglied in der sozialen Pflegeversicherung nach §§ 59 Abs. 4 S. 1, 60 Abs. 1 S. 1 tragungs- und zahlungsverpflichtet (vgl. BT-Drs. 12/5952, 51; LSG BW 2.8.2022 – L 11 KR 3396/21, ZInsO 2022, 2420 = BeckRS 2022, 21735).

3. Beiträge von Studenten

- 6 Nach dem Grundsatz des Abs. 1 S. 1 sind **Studenten** verpflichtet, die Beiträge selbst zu zahlen. Der Verweis auf § 254 SGB V in Abs. 1 S. 2 erklärt nur die Zahlungsmodalitäten der GKV und die Regelungsbefugnisse des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für entsprechend anwendbar. Grundsätzlich ist der Beitrag vor Einschreibung oder Rückmeldung für das Semester im Voraus zu leisten; § 10 Abs. 2 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler lässt aber auch eine monatliche Beitragszahlung zu, wenn die Zahlung sichergestellt ist.

4. Beiträge aus der Rente

- 7 Nach Abs. 1 S. 2 iVm § 255 SGB V behalten die RV-Träger die (gem. § 59 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 vom Rentenbezieher allein zu tragenden) Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung auf die **GRV-Renten** ein und zahlen sie an die DRV Bund. Dieses **Quellenabzugsverfahren** gilt nur für pflichtversicherte Mitglieder, für freiwillige Mitglieder verbleibt es bei der Zahlung der Beiträge aus der Rente durch das Mitglied aufgrund eines Beitragsbescheides der Pflegekasse. Bei dem Einbehalt durch den RV-Träger handelt es sich um eine verkürzte Form der Verrechnung iSd § 52 SGB I. Die Pflegekasse bleibt Gläubigerin der Beitragsforderung (BSG 5.9.2006 – B 4 R 71/06 R, BSGE 97, 63 = SozR 4–2500 § 255 Nr. 1 = BeckRS 2006, 44566). Jedoch ist nach BSG 29.11.2006 – B 12 RJ 4/05 R, BSGE 97, 292 = SozR 4–3300 § 59 Nr. 1 = BeckRS 2007, 41335 mit dem Einbehaltungsrecht die Entscheidung über Beitragspflicht, -höhe und -tragung dem RV-Träger zu übertragen, sodass dieser statt der Pflegekasse zuständig ist. Daher muss in Rechtsstreitigkeiten über die Einbehaltung von Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung durch RV-Träger die Pflegekasse nicht beigeladen werden (eine Beiladung anregend: Gemeinsames Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1.1.2020, S. 152). Die DRV Bund **leitet die Beiträge an den Ausgleichsfonds weiter** (Abs. 4 und § 65 Abs. 1 Nr. 1).
- 7a Unterbleibt ein Beitragsabzug zunächst, verpflichtet § 255 Abs. 2 S. 1 Hs. 1 SGB V den RV-Träger, **die rückständigen Beiträge aus der weiterhin zu zahlenden Rente einzubehalten** (BSG 31.3.2017 – B 12 R 6/14 R, SGB 2018, 368 = BeckRS 2017, 118550, mAnm Peters = SozR 4–2500 § 255 Nr. 2; Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII darf dabei nicht eintreten). Der RV-Träger ist in diesem Zuge auch zu vorgelagerten feststellenden Entscheidungen über den Beitragstatbestand befugt. **Renten ausländischer Träger** fallen nicht unter § 255 Abs. 1 S. 1 SGB V. Hier verbleibt es bei dem Grundsatz des Abs. 1 S. 1, dass der Rentner als Träger der Beitragslast zahlungsverpflichtet ist. Nach dieser Vorschrift zahlt auch der RV-Träger die ihm obliegende Beitragslast aus der Waisenrente (§ 249a S. 2 SGB V, vgl. → § 59 Rn. 12).
- 8 Gemäß Abs. 1 S. 2 iVm § 256 SGB V werden Beiträge auf **Versorgungsbezüge** gem. § 229 SGB V von den Zahlstellen einbehalten (sog. Zahlstellenverfahren). Die Möglichkeit für kleinere Zahlstellen, sich von diesem Verfahren befreien zu lassen, ist mit der Streichung von § 256 Abs. 4 SGB V zum 11.5.2019 abgeschafft worden (BT-Drs. 19/6337, 137 zu den Gründen). Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen fließen anders als bei GRV-Renten nicht in den Ausgleichsfonds, sondern nach Abs. 3 S. 1 und 2 an die Krankenkassen zur

Weiterleitung **an die zugehörige Pflegekasse**. In den Ausgleichsfonds gelangen Beitragszahlungen aus Versorgungsbezügen nur unter den Voraussetzungen des § 64 Abs. 4 S. 2.

5. Beiträge landwirtschaftlicher Rentner

Abs. 1 S. 2 sieht für Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus **Renten und 9**
Versorgungsbezügen der Landwirte, die nach § 50 Abs. 1 KVLG 1989 von „Trägern der RV“ (dies ist seit 1.1.2013 nur noch die rechtlich nicht mehr selbständige Alterskasse bei der SVLFG) bzw. nach § 50 Abs. 2 KVLG 1989 von der Zahlstelle einbehalten werden, einheitlich die Weiterleitung an die landwirtschaftlichen Krankenkasse vor. Für Bezieher von Renten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und von laufenden Geldleistungen nach FELEG entrichten nach Abs. 1 S. 3 Hs. 1 die Alterskassen die fälligen Beiträge an die Krankenkassen durch Abzug von der Rente. Gemäß Abs. 1 S. 3 Hs. 2 iVm § 28g S. 1 SGB IV haben die RV-Träger einen Anspruch gegen die Empfänger von Renten und Versorgungsbezügen auf den gesamten Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung, da die Versicherten die Beitragslast hieraus gem. § 59 Abs. 1 S. 2 allein tragen. Nach der Bündelung der Versicherungsweige unter dem Dach der SVLFG kommt es zu Zahlungswegen innerhalb dieses Trägers.

6. Beiträge von Rückkehrern

Rückkehrer in die soziale Pflegeversicherung gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 und § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 tragen nach der Grundregel des Abs. 1 S. 1 ihre Beiträge selbst. § 256a SGB V ordnet in Abs. 2 einen vollständigen **Erluss von Beitragsschulden** und Säumniszuschlägen in der GKV bei Anzeige der Versicherungspflicht als Rückkehrer bis 31.12.2013 an. Diese Reduzierungen der Beitragslast erfolgten durch die in Abs. 1 S. 2 ergänzten Verweise auf § 256a SGB V, § 50a KVLG 1989 auch für Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung (BT-Drs. 17/13947, 40). § 256a Abs. 1 SGB V, der Anzeigen der Versicherungspflicht ab 2014 regelt, läuft hingegen weitgehend leer. Nach BSG 13.12.2022 – B 12 KR 13/20 R, SGB 2023, 247 = BeckRS 2022, 37899 wirkt eine Anschlussversicherung gem. § 188 Abs. 4 SGB V ex tunc auf das Ende der vorhergehenden Versicherung.

IV. Bezieher von Krankengeld (Abs. 2 S. 1)

Krankenkassen zahlen die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung nach Abs. 2 11
S. 1 für Bezieher von **Krankengeld** durch Abzug vom Krankengeld und leiten sie an ihre Pflegekasse weiter. Wenn der Versicherte nach § 59 Abs. 2 an der Tragung der Beiträge beteiligt ist, hat die Krankenkasse entsprechend § 28g S. 1 SGB IV insoweit einen Anspruch gegen den Versicherten (Abs. 2 S. 1 Hs. 2).

Für das Krankengeld der in der sozialen Pflegeversicherung versicherten 12
Gewebe- und Organspender trägt und zahlt die Krankenkasse des Empfängers die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung. Dabei erfolgt die Zahlung grundsätzlich an die Krankenkasse des Spenders (Abs. 3 S. 1). Davon will 3.1.3. des Rundschreibens der Spitzenverbände vom 18.11.2015 für Spenden an in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Empfänger eine Ausnahme dahingehend machen, dass die Zahlung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung durch die Krankenkasse des Empfängers an ihre eigene Pflegekasse erfolgt. Mag dies auch angesichts des umfassenden Finanzausgleiches zwischen Pflegekassen finanziell ohne größere Auswirkungen bleiben, ist zweifelhaft, ob die von den Spitzenverbänden geltend gemachten „Vereinfachungsgründe“ eine Abweichung von der klaren Gesetzeslage rechtfertigen können.

V. Zahlungsauftrag (Abs. 2 S. 2)

- 13 Zur Verwaltungsvereinfachung können die Leistungsträger nach § 21 Nr. 1–5 (vgl. § 59 Abs. 3) nach Abs. 2 S. 2 Vereinbarungen mit den Pflegekassen über das **Zahlungsverfahren** treffen und Dritte mit der Zahlung der Beiträge beauftragen. Leistungsträger für Versicherte gem. § 21 Nr. 4, dies sind die Jugendhilfeträger, zahlen nach dem auf Abs. 2 S. 2 beruhenden Leitfaden des Bundesversicherungsamts zum Meldeverfahren und zur Beitragszahlung (Stand: 12/2016) direkt an den beim Bundesversicherungsamt geführten Ausgleichsfonds; zur weiteren Verwaltungsvereinfachung ist ihnen eine viertel- oder halbjährliche Beitragszahlung in einem Betrag gestattet.

VI. Zahlungsweg (Abs. 3)

- 14 Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung des Mitglieds sind nach Abs. 3 S. 1 Hs. 1 grundsätzlich **an die Krankenkasse zu zahlen, bei der die zuständige Pflegekasse errichtet ist** (so noch ausdrücklich Abs. 3 S. 1 idF bis 31.12.2008). Ob die Zahlung mit befreiender Wirkung erfolgt ist, beurteilt sich analog § 362 BGB. Dabei können auch die Maßgaben der Rspr. des BGH zur Erfüllungswirkung von Lastschriftermächtigungen zu berücksichtigen sein, vgl. BSG 29.6.2016 – B 12 KR 2/15 R, SozR 4–2500 § 252 Nr. 1 = NJW 2017, 3184 mAnm Bockholdt NZS 2017, 677). Die Krankenkassen werden durch Abs. 3 S. 2 verpflichtet, diese Beiträge unverzüglich an ihre Pflegekassen weiterzuleiten, die sie nach Maßgabe der §§ 62–64 verwenden. Monatlich bzw. jährlich finden über den Ausgleichsfonds Finanzausgleiche zwischen den Pflegekassen statt (§§ 65–68).

1. Direktzahlungen (S. 1)

- 15 Neben abweichenden Vereinbarungen für Versicherte gem. § 21 Nr. 1–5 nach Abs. 2 S. 2 und der Beitragszahlung für Rentenempfänger gem. Abs. 4 wird der Regelzahlungsweg gem. Abs. 3 S. 1 Hs. 1 auch für Beiträge durchbrochen, die von **KSK, Bund und Bundesagentur für Arbeit** gezahlt werden. Nach Abs. 3 S. 1 Hs. 2 iVm §§ 252 Abs. 2 S. 1, 251 Abs. 3–4a SGB V fließen diese seit 1.1.2009 an den Gesundheitsfonds, um für die Träger einen einheitlichen Zahlungsweg für GKV-Beiträge und Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zu gewährleisten, BT-Drs. 16/3100, 187 zu Nr. 30 (§ 60), sog. **Direktzahlungen**. Der Gesundheitsfonds leitet die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung anschließend unverzüglich an den Ausgleichsfonds weiter (vgl. § 65 Abs. 1 Nr. 3).

2. Prüfung der Beitragsabführungen (S. 3)

- 16 Die Pflegekassen prüfen nach Abs. 3 S. 3 Hs. 2 im Grundsatz die ordnungsgemäße Beitragszahlung und erlassen entsprechende Bescheide zur Geltendmachung rückständiger Beiträge. Für Direktzahlungen nach Abs. 3 S. 1 Hs. 2 (→ Rn. 15) ist die Prüfbefugnis 2012 hingegen dem Bundesversicherungsamt (heute: Bundesversicherungsamt Bundesamt für Soziale Sicherung) übertragen worden. Diese Änderung beruhte darauf, dass dem Bundesamt für Soziale Sicherung als Verwalter des Gesundheitsfonds bereits gem. § 251 Abs. 5 S. 2 SGB V die Prüfung der GKV-Beitragszahlung oblag. Die **Prüfung der Beitragszahlung** kann nach BT-Drs. 17/8005, 132, entsprechend § 251 Abs. 5 S. 3–7 (S. 3 Hs. 3) auf Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen übertragen werden. Die Pflegekassen bzw. das Bundesamt für Soziale Sicherung können sog. Beitragsüberwachungsbescheide gegenüber den abführenden Trägern erlassen, die gem. § 78 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGG ohne Vorverfah-

ren angegriffen werden können (BSG 15.10.2014 – B 12 KR 14/12 R, USK 2014, 141 = BeckRS 2015, 67132). § 251 Abs. 5 S. 3–7 SGB V beinhalten im übrigen datenschutzrechtliche Bestimmungen für die Übertragung der Prüfung.

3. Zahlungsmodalitäten (S. 4 und 5)

Abs. 3 S. 4 ist überflüssig, weil § 24 SGB IV auch ohne ausdrückliche Anordnung 17 in der sozialen Pflegeversicherung gilt. Abs. 3 S. 5 ergänzt § 252 Abs. 3 SGB V, wonach säumige Beitragszahler die **Tilgungsfolge** bestimmen können bzw. bei Unterlassen einer solchen Bestimmung die gesetzliche Tilgungsfolge festgelegt wird. Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung und auch Nebenforderungen – der Wortlaut des Abs. 3 S. 5 ist insoweit unvollständig, vgl. BT-Drs. 16/10609, 81 zu Art. 2a – stehen mit dem jeweiligen Forderungstyp der GKV auf gleicher Stufe der Tilgungsfolge. In der GKV soll dem Mitglied durch § 252 Abs. 3 SGB V die Möglichkeit eröffnet werden, das Ruhen der Leistungen nach § 16 Abs. 3a SGB V abzuwenden. **Zahlungsverzug** in der sozialen Pflegeversicherung führt hingegen nicht zum Ruhen des Leistungsanspruches (ebenso jurisPK-SGB XI/Schmidt Rn. 49). § 34 sieht keine entsprechende Regelung vor und sperrt eine analoge Anwendung des § 16 Abs. 3a SGB V. Angesichts der Änderungen des § 34 nach Inkrafttreten kann nicht davon ausgegangen werden, dass das Ruhen des Leistungsanspruches bei Zahlungsverzug in der sozialen Pflegeversicherung planwidrig nicht geregelt wurde.

VII. Zahlungsweg bei Rentenempfängern (Abs. 4)

Eine weitere Durchbrechung des in Abs. 3 S. 1 Hs. 1 verankerten Grundsatzes 18 der Zahlung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung an die Krankenkassen ist in Abs. 4 geregelt. Nach S. 1 leitet die DRV Bund die **Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung auf GRV-Renten** an den Ausgleichsfonds weiter (vgl. § 65 Abs. 1 Nr. 1). Abweichend von Abs. 1 S. 2 iVm § 255 SGB V (Monatserster) sind die Beiträge erst am fünften Arbeitstag des Monats weiterzuleiten, der auf die tatsächliche Rentenauszahlung folgt. Dies soll die Fälligkeit der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung vor dem Auszahlungstermin der Rente vermeiden, BT-Drs. 15/1831, 7.

VIII. Beitragszuschlag für Kinderlose (Abs. 5–7)

Grundsätzlich zahlt nach Abs. 5 S. 1 derjenige den Beitragszuschlag für Kinderlose, 19 der auch die Beiträge zahlt. Regelungsbedürftig war der Fall, dass ein Dritter die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zahlt, da die Tragung des Kinderlosenzuschlages in jedem Fall durch das Mitglied selbst erfolgt (vgl. §§ 58 Abs. 1 S. 3, 59 Abs. 5). Abs. 5 S. 2 und 3 gewähren dem zahlungsverpflichteten Dritten einen Anspruch gegen das kinderlose Mitglied, der durch Abzug von der an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung erfolgt. Erbringt der Dritte keine Geldleistung an das Mitglied, muss dieses den Zuschlag von vornherein selbst an die Krankenkasse entrichten (Abs. 6). Zur Verwaltungsvereinfachung wird der Beitragszuschlag für die in Abs. 7 S. 1 genannten Leistungsbezieher nach **SGB III** pauschal mit einer Zahlung von 20 Mio. EUR an den Ausgleichsfonds abgegolten. Ab 1.4.2024 ist auch das neu geschaffene Qualifizierungsgeld von der Summe umfasst, ohne dass der Zahlbetrag erhöht wird. Mit Zustimmung des BMAS kann trotz der pauschalierten Abgeltung ein Rückgriff bei den Leistungsbeziehern (= Versicherte) erfolgen (S. 2). Zur Nichterhebung des Zuschlages bei Leistungen nach dem **SGB II** vgl. → § 55 Rn. 9. Eine Vereinbarung gem. S. 3 besteht bisher nicht.

Zweiter Abschnitt. Beitragszuschüsse

§ 61 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

(1) ¹Beschäftigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, erhalten unter den Voraussetzungen des § 58 von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß, der in der Höhe begrenzt ist, auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil nach § 58 zu zahlen wäre. ²Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilmäßig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet. ³Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist zusätzlich zu dem Zuschuß nach Satz 1 die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 58 Abs. 1 Satz 2 als Beitrag zu tragen hätte. ⁴Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, die eine Beschäftigung nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz ausüben, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss den Betrag, den Arbeitgeber bei Versicherungspflicht der Freiwilligendienstleistenden nach § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Vierten Buches für die Pflegeversicherung zu tragen hätten.

(2) ¹Beschäftigte, die in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach den §§ 22 und 23 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen dieses Buches gleichwertig sind, erhalten unter den Voraussetzungen des § 58 von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. ²Der Zuschuß ist in der Höhe begrenzt auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung als Beitragsanteil zu zahlen wäre, höchstens jedoch auf die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine private Pflegeversicherung zu zahlen hat. ³Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, daß sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. ⁴Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

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

Betrages, den sie ohne den Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 1 zu zahlen haben. ³Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

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

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

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

(6) ¹Das Krankenversicherungsunternehmen hat dem Versicherungsnehmer eine Bescheinigung darüber auszuhändigen, daß ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Absatz 5 genannten Voraussetzungen betreibt. ²Der Versicherungsnehmer hat diese Bescheinigung dem zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten jeweils nach Ablauf von drei Jahren vorzulegen.

(7) ¹Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, sowie Personen, für die der halbe Beitragssatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 gilt, haben gegenüber dem Arbeitgeber oder Dienstherrn, der die Beihilfe und Heilfürsorge zu Aufwendungen aus Anlaß der Pflege gewährt, keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuß. ²Hinsichtlich der Beitragszuschüsse für Abgeordnete, ehemalige Abgeordnete und deren Hinterbliebene wird auf die Bestimmungen in den jeweiligen Abgeordnetengesetzen verwiesen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Rechtsnatur und Rechtsweg	3
IV. Freiwillig GKV-versicherte Beschäftigte (Abs. 1)	4
V. Versicherte gem. §§ 22, 23 (Abs. 2)	6
VI. Bezieher von Vorruhestandsgeld (Abs. 3)	9
VII. Teilnehmer an berufsfördernden Reha-Maßnahmen (Abs. 4)	11
VIII. Anforderungen an das Versicherungsunternehmen (Abs. 5 und 6) ..	12
IX. Beamte und Abgeordnete (Abs. 7)	13

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie beruht im Wesentlichen auf die Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses (§ 57 Beschlussempfehlung, BT-Drs. 12/5920, 55; zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 44 f.), der RegE sah nur einen Zuschuss für Mitglieder in der privaten Pflegeversicherung vor (vgl. die Begr. zu § 68 in BT-Drs. 12/5262, 128 f.). Abs. 1 S. 3 und Abs. 2 S. 3 wurden durch Art. 10 Nr. 9 AFRG (vom 24.3.1997, BGBl. I 594) eingefügt und durch Art. 8 Nr. 4 GanzjBeschFG (vom 24.4.2006, BGBl. I 926) geändert. Abs. 1 S. 3 wird mWv 1.4.2024 um das Qualifizierungsgeld ergänzt durch Art. 13 Nr. 3 Gesetz zur Stärkung der Aus- und Weiterbildungsförderung (vom 17.7.2023, BGBl. I Nr. 191). Abs. 1 S. 4 wurde eingefügt durch Art. 2 Nr. 16 GVWG (vom 11.7.2021, BGBl. I 2754) mWv 20.7.2021. Abs. 2 S. 1 wurde geändert durch Art. 1 § 56 Nr. 10 LPartG (vom 16.2.2001, BGBl. I 266) mWv 1.8.2001. Der bisherige Abs. 3 wurde aufgehoben durch Art. 1 Nr. 36 PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008, Abs. 4–8 wurden Abs. 3–7. Daraus resultierende fehlerhafte Verweise in Abs. 5 und 6 wurden korrigiert durch Art. 2a Nr. 2 GKV-OrgWG (vom 15.12.2008, BGBl. I 2426). Die Zuständigkeit in Abs. 3 S. 1 wurde angepasst durch die ZustAnpV vom 29.10.2001 (BGBl. I 2785). Abs. 3 S. 2 neu gefasst durch Art. 1 Nr. 6 KiBG (vom 15.12.2004, BGBl. I 3448) mWv 1.1.2005 und geändert durch Art. 1 Nr. 25 lit. a PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023. Abs. 4 S. 1, Abs. 5 Nr. 3 und Abs. 6 S. 2 wurden geändert durch Art. 3 GRG (vom 20.12.1999, BGBl. I 2626). Abs. 7 S. 1 wurde durch Art. 1 Nr. 24 des 1. SGB XI-ÄndG (vom 14.6.1996, BGBl. I 830) neu gefasst und durch Art. 1 Nr. 25 lit. b PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023 geändert.

II. Normzweck und Überblick

- 2 Der Beitragszuschuss nach § 61 wird für freiwillige GKV-Mitglieder und Mitglieder der privaten Pflegeversicherung in abhängiger Beschäftigung von ihrem Arbeitgeber gewährt. Diese Personen sollen mit den abhängig beschäftigten GKV-Pflichtmitgliedern gleichgestellt werden, die nach § 58 Abs. 1 S. 1 nur die Hälfte der Beiträge tragen, vgl. BT-Drs. 12/5262, 128 zu § 68 Abs. 1. Ohne Zuschuss verbliebe freiwillig GKV-Versicherten die gesamte Beitragslast nach §§ 59 Abs. 4, 60 Abs. 1 S. 1, für Mitglieder in der privaten Pflegeversicherung ergäbe sich diese Folge aus der vertraglichen Verpflichtung. Mitglieder der privaten Pflegeversicherung erhalten den Beitragszuschuss nur dann, wenn ihr Vertragsunternehmen die Voraussetzungen der Abs. 5 und 6 erfüllt. Ergänzend sind außerhalb des SGB XI Beitragszuschüsse für weitere Personengruppen geregelt, zB in § 10a KSVG und in § 53a BVG („Erstattung“). § 61 ist den Bestimmungen über den Zuschuss der GKV in §§ 257, 258 SGB V nachgebildet.

III. Rechtsnatur und Rechtsweg

- 3 Seit einem Beschluss des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe (4.6.1974 – GmS OGB 2/73, BSGE 37, 292 = BeckRS 1974, 107268) ist geklärt, dass der vom Arbeitgeber gezahlte Beitragszuschuss ein öffentlich-rechtlicher Anspruch ist, für den der Sozialrechtsweg eröffnet ist, bestätigend BSG 31.1.2023 – B 12 SF 1/22 R, BeckRS 2023, 4321. Nach neuerer Rspr. des BSG handelt es sich um eine Sozialleistung (BSG 20.3.2013 – B 12 KR 4/11 R, SozR 4–2500 § 257 Nr. 1 = SGB 2013, 702 = BeckRS 2013, 71661; offengelassen noch von BSG 8.10.1998 – B 12 KR 19/97 R, BSGE 83, 40 = SozR 3–2500 § 257 Nr. 5 =

BeckRS 1998, 30027435). Die Vorschriften über Sozialleistungen sind aber nur bedingt anwendbar, da der Arbeitgeber im Gleichordnungsverhältnis (und nicht etwa hoheitlich als Beliehener) zahlt. Daher ist ein rechtswirksamer Verzicht auf den Zuschuss nach § 46 SGB I, der nur einem Leistungsträger erklärt werden kann, gegenüber dem Arbeitgeber nicht möglich (BSG 8.10.1998 – B 12 KR 19/97 R, BSGE 83, 40 = SozR 3–2500 § 257 Nr. 5 = BeckRS 1998, 30027435).

Der Zuschuss ist arbeitsrechtlich kein Bestandteil des Arbeitsentgeltes (BAG 5.11.2003 – 5 AZR 682/02, BAGE 108, 264 = DB 2005, 55 = BeckRS 2004, 40141). Er wird – nach Ablauf der Wartefrist, hierzu BSG 18.8.2022 – B 1 KR 24/21 R, BeckRS 2022, 25065 – bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers nach Maßgabe von § 1 AAG teilweise erstattet, wenn der Arbeitgeber am **Umlageverfahren U1** teilnimmt bzw. in vollem Umfang im Verfahren U2. Der Zuschuss unterliegt im Hinblick auf seine Unabdingbarkeit nicht als Entgelt für Leistungen der Umsatzsteuer (BFH 19.5.2010 – XI R 35/08, BFHE 230, 279 = BStBl. II 2010, 1082 = BeckRS 2010, 24004146).

IV. Freiwillig GKV-versicherte Beschäftigte (Abs. 1)

Abs. 1 erfasst Beschäftigte (§ 7 Abs. 1 S. 1 SGB IV), die als freiwillige GKV-Mitglieder gem. § 20 Abs. 3 Pflichtmitglied in der sozialen Pflegeversicherung sind. Der Wortlaut des Abs. 1 S. 1 ist – anders als § 257 Abs. 1 SGB V in der GKV – nicht ausdrücklich auf Beschäftigte beschränkt, die wegen Überschreitens der **Jahresarbeitsentgeltgrenze** freiwillig GKV-versichert sind. Das BSG hat den Tatbestand jedoch auf diese Fälle freiwilliger GKV-Versicherung beschränkt (BSG 4.6.1998 – B 12 P 2/97 R, SozR 3–3300 § 61 Nr. 1 = NZS 1999, 191) und daher geringfügig Beschäftigten, die freiwillig GKV-versichert sind, den Zuschuss gem. § 61 verwehrt. Diese Einschränkung ist in der Literatur erheblicher Kritik ausgesetzt (vgl. zB jurisPK-SGB XI/Schmidt Rn. 16; Engelhard NZS 1996, 207 (211)); ihr ist aber im Hinblick auf den Zweck des Beitragszuschusses zuzustimmen (ebenso BeckOGK/Peters Rn. 5; BeckOK SozR/Baumeister Rn. 8).

Der Beitragszuschuss wird in Höhe des Betrages gewährt, der nach § 58 vom Arbeitgeber zu zahlen wäre, wenn der Beschäftigte dieser Vorschrift unterläge, dh maximal ein hälftiger Zuschuss. Die Zuschusshöhe bemisst sich auch danach, ob ein Feiertag nach § 58 Abs. 2–5 aufgehoben wurde und ob das Mitglied kinderlos ist. Abs. 1 S. 2 verhindert bei mehreren Arbeitgebern, dass der Höchstbetrag des Zuschusses nach Abs. 1 S. 1 überschritten wird. Zweck von Abs. 1 S. 3 ist, den Arbeitgeber mit dem Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung für freiwillig GKV-versicherte **Kurzarbeiter** und ab 1.4.2024 auch für **Empfänger von Qualifizierungsgeld** allein zu belasten. Dies entspricht der Rechtslage für GKV-pflichtversicherte Kurzarbeiter nach § 58 Abs. 1 S. 2, Abs. 5 S. 2.

Abs. 1 S. 4 gewährt (erst) seit 20.7.2021 auch den freiwillig GKV-Versicherten, die einen Freiwilligendienst nach dem JFDG oder dem BFDG leisten, einen Zuschuss. Dieser wird in der Höhe des Beitragszuschusses gewährt, die bei Bestehen von Versicherungspflicht gem. § 20 Abs. 1 S. 3 Nr. 2 SGB IV entstände, dh die Einsatzstelle bzw. der Träger des Freiwilligendienstes tragen die Beiträge im Ergebnis allein. Dem Gesetzgeber ging es (nur) darum, die Nachteile für die Dienstleistenden aus dem Freiwilligendienst möglichst gering zu halten (BT-Drs. 19/26822, 116). Daher sind weiterhin Konstellationen vorhanden, in denen kein Zuschuss gewährt wird, zB für Freiwilligendienste von privat Pflegeversicherten nach Abs. 2 oder von Beamten. Die Betragslast für eine private Pflegeversicherung verändert sich durch die Aufnahme eines Freiwilligendienstes nicht.

V. Versicherte gem. §§ 22, 23 (Abs. 2)

- 6 Zuschussberechtigt nach Abs. 2 sind Mitglieder der privaten Pflegeversicherung gem. §§ 22, 23 in abhängiger Beschäftigung. Diese Formulierung erfasst auch die in der GKV-Parallelnorm § 257 Abs. 2 SGB V zusätzlich als zuschussberechtigt benannten Beschäftigten, die die Altersgrenze gem. § 6 Abs. 3a SGB V überschritten haben und die gem. § 8 SGB V von der Verspflicht befreiten Personen (vgl. BT-Drs. 14/1245, 109, zu den Mitgliedern gem. § 6 Abs. 3a SGB V). Nach dem Willen des Gesetzgebers soll auch für diese Personen der **Grundsatz der hälftigen Aufteilung** der Beitragsbelastung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern gelten (BT-Drs. 12/5262, 128).
- 7 Die Vertragsleistungen des Vertrags der privaten Pflegeversicherung müssen nach Abs. 2 S. 1 inhaltlich den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sein (vgl. → § 23 Rn. 25). Dies erfasst **jedes Versicherungsunternehmen**, das eine Pflegeversicherung anbietet und die Voraussetzungen der Abs. 5 und 6 erfüllt, vgl. BeckOGK/Peters Rn. 9. Der Vorsilbe „Kranken“ kommt keine einschränkende Bedeutung zu, wie § 23 Abs. 2 S. 1 und die Terminologie im VVG anzeigen. Die Höhe des Zuschusses ist nach Abs. 2 S. 2 wie in Abs. 1 S. 1 auf den fiktiv nach § 58 zu zahlenden Betrag begrenzt, zusätzlich auf die Hälfte der tatsächlich an die private Pflegeversicherung zu zahlenden Prämien. Die weitergehende Beschränkung soll bei niedrigen Prämien der privaten Pflegeversicherung eine höhere Belastung des Arbeitgebers als des Beschäftigten vermeiden. Für in der privaten Pflegeversicherung versicherte Bezieher von Kurzarbeitergeld übernimmt der Arbeitgeber den zu entrichtenden Beitrag nach Abs. 2 S. 3, Abs. 1 S. 3 vollständig, (vgl. → Rn. 5). Abs. 2 S. 4 entspricht Abs. 1 S. 2.
- 8 Der Beitragszuschuss kann auch die Aufwendungen für eine **Absicherung von Angehörigen** oder Lebenspartnern in der privaten Pflegeversicherung umfassen. In der privaten Pflegeversicherung versicherte Beschäftigte sollen mit freiwillig GKV-versicherten Mitgliedern gleichgestellt werden, deren Familienangehörige grundsätzlich in die Familienversicherung gem. § 25 einbezogen werden können. Es handelt sich um einen Anspruch des Mitgliebes, nicht des Angehörigen. Voraussetzung ist, dass der Angehörige oder Lebenspartner **selbst in der privaten Pflegeversicherung versichert** ist (vgl. schon BSG 29.6.1993 – 12 RK 9/92, SozR 3–2500 § 257 Nr. 1 = Die Beiträge 1994, 124 = BeckRS 1994, 40012), freiwillig GKV-versicherte Angehörige werden von Abs. 2 nicht erfasst (BSG 20.3.2013 – B 12 KR 4/11 R, SozR 4–2500 § 257 Nr. 1 = SGB 2013, 702 = BeckRS 2013, 71661). Ebenso hat nach BAG 21.1.2003 – 9 AZR 695/01, BAGE 104, 289 = BB 2003, 1236 = BeckRS 2003, 40655 ein in der privaten Pflegeversicherung versichertes Mitglied keinen Anspruch gegen den Arbeitgeber auf Bezuschussung der Beiträge zu einer (zusätzlichen) privaten Pflegeversicherung für ein Kind, das nach den Vorgaben des § 25 über den freiwillig GKV-versicherten Ehegatten in der GKV familien-versichert ist.

VI. Bezieher von Vorruhestandsgeld (Abs. 3)

- 9 Ein Beitragszuschuss bleibt den in Abs. 3 S. 1 genannten Personengruppen für die Dauer des Bezuges von **Vorruhestandsgeld** erhalten, um sie beitragsrechtlich weiterhin wie Beschäftigte zu behandeln. Das Vorruhestandsgeld muss die Voraussetzungen des § 20 Abs. 2 erfüllen, dh 65 % des Bruttoarbeitsentgeltes gem. § 3 Abs. 2 VRG betragen. Der volle oder anteilige Beitragszuschuss muss bis unmittelbar vor dem Vorruhestand gewährt worden sein; eine Unterbrechung, etwa durch eine anderweitige Versicherung, schließt die Zuschussgewährung nach Abs. 3 S. 1 aus

(BSG 2.9.2009 – B 12 KR 13/08 R, SozR 4–2500 § 5 Nr. 9 = SGB 2009, 657 = BeckRS 2010, 66571).

Für die weiteren Fälle des Abs. 3 besteht keine praktische Relevanz mehr. Vorruhestands- und Übergangsrentenbezieher nach § 9 Abs. 1 [erg.: S. 1] Nr. 1 und 2 AAÜG dürfte es wegen Zeitablaufes mittlerweile nicht mehr geben. Der Tarifvertrag des BMVg vom 30.11.1991 ist durch den TV UmBW abgelöst worden, der eine Übergangsversorgung nicht mehr vorsieht. Für diese Personengruppen galt, wie für andere Vorruhestandsgeldbezieher, dass sie bis unmittelbar vor dem Vorruhestand Anspruch auf den Beitragszuschuss gehabt haben mussten (aA Hauck/Noftz/Didong Rn. 12).

VII. Teilnehmer an berufsfördernden Reha-Maßnahmen (Abs. 4)

Die von Abs. 4 erfassten Personen erhalten einen Beitragszuschuss, wenn für sie Versicherungspflicht nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung besteht. Maximal wird der gesamte Beitrag zur privaten Pflegeversicherung bezuschusst (Abs. 4 S. 2). Auch für die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversicherten Personen gem. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 6–8 wird grundsätzlich der volle Beitrag von dem Leistungsträger getragen, vgl. auch → § 59 Rn. 9.

VIII. Anforderungen an das Versicherungsunternehmen (Abs. 5 und 6)

Der Beitragszuschuss wird in den Fällen der Abs. 2–4 nur gezahlt, wenn die Voraussetzungen der Abs. 5 und 6 erfüllt sind. Die Bestimmungen sind § 257 Abs. 2a SGB V nachgebildet. Das private Versicherungsunternehmen muss die Pflegeversicherung **nach Art der Lebensversicherung** betreiben (Abs. 5 Nr. 1) und den überwiegenden Teil der Überschüsse – zB durch Rückstellungen oder Beitragsrückgewähr – zugunsten der Versicherten verwenden (Abs. 5 Nr. 2). Zudem darf die Pflegeversicherung nur mit einer KV-Sparte zusammen betrieben werden (Abs. 5 Nr. 3), es sei denn, das Versicherungsunternehmen hat seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der EU. Über die Erfüllung der Anforderungen des Abs. 5 muss der Versicherungsnehmer alle drei Jahre eine Bescheinigung bei seinem Arbeitgeber bzw. der Zuschuss gewährenden Stelle vorlegen (Abs. 6).

IX. Beamte und Abgeordnete (Abs. 7)

Abs. 7 S. 1 schließt Beihilfe- und Heilfürsorgeberechtigte unabhängig davon vom Zuschuss aus, ob sie Mitglied in der privaten Pflegeversicherung sind oder gem. §§ 28 Abs. 2, 20 Abs. 3 dem halben Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 S. 3 unterliegen. Für diese Personen wird bereits Beihilfe bzw. Heilfürsorge gewährt, sodass ihr Beitragsanteil ohnehin reduziert ist. Für Abgeordnete gelten die Vorschriften der Abgeordnetengesetze des Bundes und der Länder, vgl. zB § 27 Abs. 3 AbgG.

Dritter Abschnitt. Bundesmittel

§ 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

(1) ¹Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde Euro

in monatlich zum jeweils ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Ausgleichsfonds nach § 65. ²Die Zahlungen für die Jahre 2024 bis 2027 werden ausgesetzt und ab dem Jahr 2028 wieder aufgenommen.

(2) Das entsprechend dem Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte Darlehen in Höhe von 1 Milliarde Euro ist in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31. Dezember 2023 und in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31. Dezember 2028 zurückzuzahlen.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Systematik	2
III. Jährlicher Zuschuss (Abs. 1)	3
IV. Rückzahlung des Darlehens 2022 (Abs. 2)	5

I. Geltende Fassung

1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.2022 durch Art. 2 Nr. 17 GVWG (vom 11.7.2021, BGBl. I 2754) eingeführt worden. Der Bundeszuschuss war im ersten Gesetzesentwurf noch nicht enthalten und ist durch die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (BT-Drs. 19/30550, 94, zur Begründung BT-Drs. 19/30560, 65) eingefügt worden. Abs. 1 S. 2 wurde ergänzt durch Art. 7 Nr. 1 HaushaltsfinanzierungsG 2023 (vom 22.12.2023, BGBl. I Nr. 406) mWv 1.1.2024. Abs. 2 wurde angefügt durch Art. 1 Nr. 26 PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023.

II. Normzweck und Systematik

2 § 61a begründet die Verpflichtung des Bundes, sich jährlich mit 1 Mrd. EUR an der sozialen Pflegeversicherung zu beteiligen. Der Bundeszuschuss durchbricht ab 2022 den in der sozialen Pflegeversicherung bisher (vgl. aber → vor § 54 Rn. 3b) geltenden Grundsatz der Beitragsfinanzierung. Der Gesetzgeber hat die Bedeutung der Neuregelung dadurch hervorgehoben, dass für § 61a ein eigener Abschnitt in die Finanzierungsvorschriften eingefügt worden ist (vgl. BT-Drs 19/30560, 65). Abs. 2 regelt die Rückzahlung des 2022 gewährten Darlehens.

III. Jährlicher Zuschuss (Abs. 1)

3 Die Verfassung enthält keine Bestimmung, wonach es verboten wäre, die gesetzliche Sozialversicherung teilweise aus Steuermitteln zu finanzieren (vgl. BVerfG 18.7.2005 – 2 BvF 2/01, BVerfGE 113, 167 (219) = SozR 4-2500 § 266 Nr. 8). Der steuerfinanzierte Zuschuss soll allgemein die Abgabenlast in der sozialen Pflegeversicherung drosseln (BT-Drs. 20/3016, 2). **Eine Begründung für seine konkrete Bemessung** ist den Materialien nicht zu entnehmen. Der Bedarf für den Zuschuss entstand aus Mehrausgaben durch die demografische Entwicklung sowie aus einem erhöhten Refinanzierungsbedarf nach den Änderungen durch das GVWG. Der jährliche Zuschuss macht derzeit nur einen kleinen Teil der Gesamteinnahmen der sozialen Pflegeversicherung von 52,5 Mrd. EUR (2022) aus. Im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens zum GVWG war in einem Arbeitspapier des BMG vom 15.3.2021 der Bedarf sogar mit 2,5 Mrd. EUR beziffert worden. In den Jahren

2024 bis 2027 wird der Zuschuss gem. Abs. 1 S. 2 ausgesetzt. Dies ist Teil der allgemeinen Einsparungen zum Bundeshaushalt (vgl. auch § 135 Abs. 4), die schon vor dem Urteil des BVerfG (15.11.2023 – 2 BvF 1/22, NJW 2023, 3775 = BeckRS 2023, 31615 zum 2. NachtragshaushaltsG 2021 – Sondervermögen) im Entwurf für den Bundeshaushalt 2024 vorgesehen waren (BT-Drs. 20/8298, 24). Zur Refinanzierung wird auch die Zuführung von Beitragsmitteln zum Pflegevorsorgefonds gem. § 135 ausgesetzt, vgl. → § 135 Rn. 7.

Der Zuschuss wird gezahlt an das Sondervermögen der sozialen Pflegeversicherung, den **Ausgleichsfonds**. Er ist im Bundeshaushalt im Bereich des BMG etatisiert (2022: Kap. 1503, Teil 636 03–290) und wird in monatlichen Teilbeträgen überwiesen. Eine zweckgebundene Verwendung ist für die Mittel des Zuschusses nicht vorgesehen, BT-Drs 19/30560, 65 spricht daher von einer „pauschalen Beteiligung“.

IV. Rückzahlung des Darlehens 2022 (Abs. 2)

Im August 2022 wurde der sozialen Pflegeversicherung ein unverzinsstes Darlehen in Höhe von 1 Mrd. EUR nach § 12 Abs. 4a Haushaltsgesetz 2022 gewährt. Abs. 2 bestimmt, dass die Hälfte **bis 31.12.2023** zurückzuzahlen ist, und der Rest **Ende 2028**. Eine Regelung war erforderlich geworden, weil § 12 Abs. 4a S. 5 Haushaltsgesetz (2022) eine Rückzahlung spätestens mit dem Ende des Haushaltsjahres vorsah und S. 6 der Vorschrift für den Fall darüber hinaus andauernder Rückzahlungsschwierigkeiten nur eine zinsfreie Stundung bis zum Schluss des folgenden Haushaltsjahres 2023 regelte. BT-Drs. 20/6544, 97, verweist zur Begründung für die Zahlungsfristen des Abs. 2 auf die **angespannte Finanzsituation** der sozialen Pflegeversicherung.

Vierter Abschnitt. Verwendung und Verwaltung der Mittel

§ 62 Mittel der Pflegekasse

Die Mittel der Pflegekasse umfassen die Betriebsmittel und die Rücklage.

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 70 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 129.

II. Normzweck

§ 62 hält abschließend die Mittel fest, über die die Pflegekassen als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 46 Abs. 2 S. 1) verfügen, Betriebsmittel (§ 63) und Rücklagen (§ 64). Im Unterschied zu § 259 SGB V fehlt das Verwaltungsvermögen. Pflegekassen bedienen sich zu Verwaltungszwecken der personellen, sächlichen und räumlichen Infrastruktur der Krankenkasse, bei der sie errichtet sind (vgl. § 46 Abs. 2 S. 2). Die Kosten hierfür werden aus den Betriebsmitteln bestritten, § 63 Abs. 1 Nr. 1. Zu dem Beurteilungsspielraum der Pflegekassen bei der Verwendung der Haushaltsmittel vgl. → § 46 Rn. 11.

§ 63 Betriebsmittel

(1) Die Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden:

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

(2) ¹Die Betriebsmittel dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der in Absatz 1 Nr. 1 genannten Aufwendungen nicht übersteigen. ²Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Pflegekasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage zuzuordnen sind. ³Durchlaufende Gelder bleiben außer Betracht.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Definition und Verwendung (Abs. 1)	3
IV. Höhe der Betriebsmittel (Abs. 2)	4
V. Anlage der Betriebsmittel	6

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 71 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 129 f.

II. Normzweck

- 2 § 63 legt fest, wofür Betriebsmittel zu verwenden sind (Abs. 1) und in welcher Höhe sie maximal vorgehalten werden dürfen (Abs. 2, 3).

III. Definition und Verwendung (Abs. 1)

- 3 Betriebsmittel sind nach der Legaldefinition in § 81 SGB IV kurzfristig verfügbare Mittel zur Bestreitung der laufenden Ausgaben sowie zum Ausgleich von Einnahme-/Ausgabeschwankungen. In der sozialen Pflegeversicherung bedeutet dies, dass sie nach Abs. 1 Nr. 1 für satzungsmäßige Aufgaben sowie Verwaltungskosten herangezogen werden. Die Höhe der Verwaltungskosten berechnet sich nach § 46 Abs. 3. Ferner werden Betriebsmittel verwendet, um die Rücklage und den Ausgleichsfonds aufzufüllen (Abs. 1 Nr. 2).

IV. Höhe der Betriebsmittel (Abs. 2)

- 4 Die Obergrenze der Betriebsmittel wird nach Abs. 2 S. 1 anhand der sich nach dem festgestellten Haushaltsplan ergebenden monatlichen Ausgaben für satzungsmäßige Leistungen und Verwaltungskosten (**Betriebsmittel-Soll**, vgl. § 67 Abs. 1

Nr. 3) ermittelt. Im monatlichen Durchschnitt dürfen die vorhandenen Betriebsmittel diesen Wert nicht übersteigen. Berücksichtigt werden als Betriebsmittel nach Abs. 2 S. 2 und 3 die Forderungen und Verpflichtungen außerhalb der Rücklage, aber keine durchlaufenden Posten. Die jeweiligen Beträge werden im monatlichen Ausgleich nach § 67 ermittelt.

Ergibt sich ein Überschuss der Betriebsmittel über das Betriebsmittel-Soll, wird mit diesen Mitteln zunächst die Rücklage bis zum Rücklage-Soll gem. § 64 Abs. 2 aufgefüllt. Verbleiben danach noch Mittel, werden diese in Umsetzung des **umfassenden Finanzausgleichs** der sozialen Pflegeversicherung in den Ausgleichsfonds gezahlt. Reichen die Betriebsmittel hingegen für die Deckung der Leistungsausgaben und Verwaltungskosten nicht aus, ist nach § 64 Abs. 3 zunächst auf die Rücklage zurückzugreifen. Im Wege des monatlichen Finanzausgleichs erfolgt im Übrigen nach Maßgabe von § 67 Abs. 2 S. 1 ein Ausgleich durch den Ausgleichsfonds.

V. Anlage der Betriebsmittel

Abs. 3 verlangt das Vorhalten von Betriebsmitteln in erforderlichem Umfang bzw. eine Anlage der Mittel. Hierbei muss weiterhin dem Zweck des Abs. 1 entsprochen werden können, sodass eine **kurzfristige Verfügbarkeit** angelegter Betriebsmittel sichergestellt sein muss. Diese Betonung der Liquidität lässt Termin- und Sichteinlagen bei Kreditinstituten als besonders geeignet erscheinen (Samartzis NZS 2009, 361 (363)), wobei die Absicherung der Einlagen nicht vernachlässigt werden darf und „Klumpenrisiken“ durch Verteilung auf mehrere Einrichtungen vermieden werden sollten. Kreditaufnahmen zur Sicherstellung liquider Betriebsmittel sind nicht zulässig, vgl. → § 54 Rn. 3.

§ 64 Rücklage

- (1) Die Pflegekasse hat zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden.
- (2) Die Rücklage beträgt 50 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).
- (3) Die Pflegekasse hat Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuzuführen, wenn Einnahme- und Ausgabeschwankungen innerhalb eines Haushaltsjahres nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können.
- (4) ¹Übersteigt die Rücklage das Rücklagesoll, so ist der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln bis zu der in § 63 Abs. 2 genannten Höhe zuzuführen. ²Darüber hinaus verbleibende Überschüsse sind bis zum 15. des Monats an den Ausgleichsfonds nach § 65 zu überweisen.
- (5) ¹Die Rücklage ist getrennt von den sonstigen Mitteln so anzulegen, daß sie für den nach Absatz 1 bestimmten Zweck verfügbar ist. ²Sie wird von der Pflegekasse verwaltet.

Übersicht		Rn.
I. Geltende Fassung		1
II. Grundlagen		2
III. Höhe und Anlage der Rücklage		3
IV. Finanzierung des Ausgleichsfonds		5

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 72 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 130.

II. Grundlagen

- 2 Die Rücklage sichert die Leistungsfähigkeit der Pflegekassen (Abs. 1), was zwei mögliche Verwendungszwecke umfasst. Zum einen deckt die Rücklage im laufenden Jahr Betriebsmitteldefizite ab. Eine zweite Funktion der Rücklage besteht in der Finanzierung des Ausgleichsfonds gem. §§ 65 ff.

III. Höhe und Anlage der Rücklage

- 3 § 64 konkretisiert § 82 SGB IV. Die Rücklage wird gebildet bis zur Erreichung des Rücklagesolls gem. Abs. 2. Dessen Höhe ist im Gegensatz zur GKV (§ 261 SGB V) nicht variabel, sondern beträgt 50 % der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben. Die Rücklage ist nach Abs. 5 S. 1 getrennt von den sonstigen Mitteln so anzulegen, dass sie für den nach Abs. 1 bestimmten Zweck verfügbar ist. Dabei hat eine den Vorgaben der **§§ 83–86 SGB IV** entsprechende Anlage zu erfolgen. In diesem Rahmen ist jedoch auch der Grundsatz des § 80 SGB IV zu berücksichtigen, wonach die Mittel des Versicherungsträgers so anzulegen und zu verwalten sind, dass ein Verlust ausgeschlossen erscheint, ein angemessener Ertrag erzielt wird und eine ausreichende Liquidität gewährleistet ist. Dies kann dazu führen, dass von bestimmten Anlageformen Abstand genommen werden sollte, auch wenn § 83 sie ausdrücklich zulässt (so zB Schreiben des Bundesversicherungsamts vom 25.11.2008 hinsichtlich ungesicherter Inhaberschuldverschreibungen oder anderer ungesicherter Schuldverschreibungen).
- 4 Die zuständigen **Aufsichtsbehörden** der Pflegekassen überwachen im Wege der Rechtsaufsicht auch die Anlageformen für die Rücklage. Dies umfasst nicht die Verpflichtung einer Beratung, bei welcher konkreten Anlageform im finanzwirtschaftlich-betriebswirtschaftlichen Sinn von einer möglichst vorteilhaften Geldanlagestrategie auszugehen ist (BSG 18.7.2006 – B 1 A 2/05 R, SozR 4–2400 § 80 Nr. 1 = SGB 2007, 103 = BeckRS 2006, 43674). Die Aufsichtsbehörde muss die Pflegekassen unter Berücksichtigung ihrer individuellen und speziellen Verhältnisse nur darauf hinweisen, dass und aus welchen Gründen sie mit ihrer Vermögensanlage das Recht verletzt hat und welche Maßnahmen zu Gebote stehen, diese Rechtsverletzung zu beheben (BSG 18.7.2006 – B 1 A 2/05 R, SozR 4–2400 § 80 Nr. 1 = SGB 2007, 103 = BeckRS 2006, 43674).

IV. Finanzierung des Ausgleichsfonds

- 5 Erwirtschaftet eine Pflegekasse einen Überschuss über das Rücklagesoll (Abs. 4 S. 2), sind nach Abs. 4 S. 1 zunächst die Betriebsmittel bis zur Erreichung des Betriebsmittelsolls nach § 63 Abs. 2 aufzufüllen. Ein danach noch verbleibender Überschuss wird an den Ausgleichsfonds gezahlt (§ 67 Abs. 2 S. 2) und kommt damit defizitären Pflegekassen zugute.

Fünfter Abschnitt. Ausgleichsfonds, Finanzausgleich

§ 65 Ausgleichsfonds

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

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

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

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

(4) ¹Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung bei der Verwaltung des Ausgleichsfonds entstehenden Kosten werden durch die Mittel des Ausgleichsfonds gedeckt. ²Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres zu der Erstattung der Verwaltungskosten regeln.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Zuständigkeit	2a
IV. Zugeführte Mittel (Abs. 1 und 2)	3
V. Verwaltung und Anlage der Mittel (Abs. 3 und 5)	4
VI. Verwaltungskosten (Abs. 4)	7
VII. Weitere Aufgaben	8

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Im 1
AuS-Ausschuss wurde der unter Nr. 1 in Abs. 1 aufgeführte Bundeszuschuss des RegE (§ 74 RegE) durch einen „Finanzierungsbeitrag der Länder“ ersetzt (BT-Drs. 12/5920, 67). Im ersten Vermittlungsverfahren wurde die Nr. 1 gestrichen (BT-Drs. 12/6424, 3). Durch Art. 8 Nr. 31 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) wurde mWv 1.1.2009 Abs. 1 Nr. 3 eingefügt. Abs. 4 wurde mWv 1.1.2017 ergänzt durch Art. 2 Nr. 33 PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424). MWv 1.1.2020 wurde

in Abs. 1 und 4 die Bezeichnung Bundesversicherungsamt durch BAS ersetzt (Art. 39 Nr. 10 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019, BGBl. I 2652). Abs. 5 wurde mWv 1.1.2023 angefügt durch Art. 9 Nr. 2 8. SGB IV-ÄndG (vom 20.12.2022, BGBl. I 2759).

II. Normzweck

- 2 § 65 bildet die Rechtsgrundlage für den Ausgleichsfonds. Der Ausgleichsfonds ist eine **kassenübergreifende Schwankungsreserve**, um den bundesweiten Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen nach §§ 66–68 zu ermöglichen. Mittlerweile wird der Ausgleichsfonds auch zur Finanzierung besonderer Projekte der sozialen Pflegeversicherung genutzt.

III. Zuständigkeit

- 2a Die Verwaltung des Ausgleichsfonds obliegt dem BAS. Die Verwaltung von Beitragsmitteln der Sozialversicherung (mittelbare Staatsverwaltung) durch eine Behörde der unmittelbaren Staatsverwaltung ist zwar nicht ausgeschlossen (Axi SGB 2022, 453 (459)), führt aber dazu, dass zugleich gewährleistet sein muss, dass Sozialversicherungsbeiträge nicht in die allgemeinen Haushalte von Bund und Ländern fließen und sozialversicherungsfremd verwendet werden können. Dies wird durch die Konstruktion des Ausgleichsfonds als Sondervermögen (§ 48 HGrG) gewährleistet.

IV. Zugeführte Mittel (Abs. 1 und 2)

- 3 Dem Ausgleichsfonds zugeführt werden zunächst die an die Deutsche Rentenversicherung Bund gezahlten Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung aus gesetzlicher Rente gem. § 60 Abs. 4 S. 1 (Nr. 1) und die Überschüsse des Rücklagesolls gem. § 64 Abs. 4 S. 2 (Nr. 2). Die Einführung des Gesundheitsfonds zum 1.1.2009 und die dadurch geänderten Finanzierungsflüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung werden von Nr. 3 auch in der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen (vgl. BT-Drs. 16/3100, 187, und § 252 Abs. 2 SGB V). Da der Gesundheitsfonds ebenfalls bei dem BAS errichtet ist, erfolgt eine Umbuchung auf den Ausgleichsfonds innerhalb der verwaltenden Behörde. Kapitalerträge des Ausgleichsfonds werden diesem nach Abs. 2 ebenfalls gutgeschrieben. Daneben fließen **auch nicht in § 65 erwähnte Mittel** in den Ausgleichsfonds. Soweit die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung an bestimmten Kosten beteiligt werden, sieht das SGB XI zumeist eine Direktzahlung zu Gunsten des Ausgleichsfonds vor. Daneben werden die Beiträge für Leistungsbezieher gem. § 21 Nr. 4 (→ § 60 Rn. 13), der Beitragszuschlag für Leistungsbezieher gem. SGB III gem. § 60 Abs. 7 S. 1 und Zahlungen gem. § 114a Abs. 5 S. 3 an den Ausgleichsfonds geleistet.
- 3a Die soziale Pflegeversicherung war der letzte ausschließlich beitragsfinanzierte Zweig der Sozialversicherung. In den letzten Jahren sind jedoch verschiedene **Bundeszuschüsse** aus Steuermitteln in den Ausgleichsfonds geleistet worden. Zunächst floss ein Zuschuss aus allgemeinen Steuermitteln (1,8 Mrd. EUR) für durch die **Corona-Pandemie** verursachte Belastungen durch § 12a HaushaltsG 2020 (eingefügt durch das 2. NachtragshaushaltsG) in den Ausgleichsfonds. Durch Verordnungen auf Grundlage von § 153 zahlte der Bund in den Jahren 2021 und 2022 weitere 3,2 Mrd. EUR auf die Pandemiefolgen. Im Jahr 2022 wurden neben dem Zuschuss gem. § 61a mit dem PflegebonusG 500 Mio. EUR an den Ausgleichsfonds gezahlt,

um die Mittel zur Gewährung der Pflegeboni nach § 150a zu refinanzieren. 2023 und 2024 kommt die Zahlung von bis zu 2 Mrd. EUR für **Ergänzungshilfen gem. § 154** hinzu. Jedenfalls für Bundeszuschüsse hätte sich eine Aufnahme in den Katalog des § 65 angeboten. Der Gesetzgeber selbst hat die Bedeutung der Zuschüsse betont (→ § 61a Rn. 2) und in der GKV bei den Vorschriften für den Gesundheitsfonds ebenfalls erwähnt (§ 271 Abs. 1 Nr. 5 SGB V).

V. Verwaltung und Anlage der Mittel (Abs. 3 und 5)

Die Mittel des Ausgleichsfonds sind nach Abs. 3 so anzulegen, dass sie für den 4
Finanzausgleich nach §§ 67, 68 verfügbar sind. Abs. 5 ist § 220 Abs. 3 SGB V für den Gesundheitsfonds nachgebildet. Der Gesetzgeber hat die Regelungen für das Sondervermögen der sozialen Pflegeversicherung erst zum 1.1.2023 denen des Gesundheitsfonds angeglichen; zuvor konnte für den Ausgleichsfonds nur ganz allgemein auf § 80 SGB IV zurückgegriffen werden (→ vgl. 5. Aufl. 2018, Rn. 4).

Abs. 5 S. 1 verweist auf mehrere Vorschriften des SGB IV über das **Rechnungs- 5
und Haushaltswesen**; hierdurch werden untergesetzliche Vorschriften kodifiziert (BR-Drs 422/22, 120). Abs. 5 S. 2 soll dem Ausgleichsfonds eine **breite Streuung der Mittelanlage** ermöglichen, indem auch dann in Schuldverschreibungen und Forderungen aus Darlehen und Einlagen angelegt werden kann (§ 80 Abs. 1 S. 2 Nr. 2b und c bzw. 4 c SGB IV), wenn die anbietenden Kreditinstitute keiner Sicherungseinrichtung der Kreditwirtschaft (hierzu Rundschreiben des BAS vom 22.3.2021) angehören, wohl aber die geltenden Vorschriften über das Eigenkapital und die Liquidität einhalten. Dies resultiert in erhöhte Überprüfungspflichten, weil dann nach Abs. 5 S. 3 **mindestens jährlich zu überprüfen** ist, ob die Vorschriften über das Eigenkapital und die Liquidität durch die Kreditinstitute eingehalten werden.

§ 4 Abs. 3 Vereinbarung zur Durchführung des Finanzausgleichs nach § 66 Abs. 1 6
S. 4 vom 1.9.2020 beinhaltet einen Mechanismus zur Sicherung der Liquidität des Ausgleichsfonds. Bei einem drohenden Liquiditätsengpass des Ausgleichsfonds kann das BAS die **Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittel-Solls** für alle Pflegekassen senken. Dadurch werden die Mittel der Pflegekassen nach § 62, also Betriebsmittel und Rücklage, zur Auffüllung des Ausgleichsfonds herangezogen (vgl. § 63 Abs. 1 Nr. 2). Sinken die Mittel nach § 62 unter die Hälfte des Betriebsmittel- und Rücklage-Solls und lässt die Entwicklung der Liquiditätssituation weiterhin eine Unterdeckung erwarten, meldet das BAS dies an das BMG.

VI. Verwaltungskosten (Abs. 4)

Durch Abs. 4 werden (seit 2017) die **Kosten des BAS** für die Verwaltung des 7
Ausgleichsfonds aus seinen Mitteln gedeckt. Zur Begründung (vgl. BT-Drs. 18/5926, 136) wird darauf verwiesen, dass auch für andere Aufgaben des BAS – genannt werden §§ 271 Abs. 6, 137g Abs. 1, 274 Abs. 2 SGB V sowie § 181 Abs. 5 SGB VII – eine Refinanzierung der Sach- und Personalkosten geregelt sei, so dass aus systematischen Gründen eine Gleichbehandlung erforderlich werde. Eine ausdrückliche Regelung ist angesichts der Ausweitung von Aufgaben, die durch den Ausgleichsfonds finanziert werden, sinnvoll. In Abs. 4 S. 2 ist eine Ermächtigung zum Erlass einer Verordnung geschaffen worden, durch die das Nähere zur Verwaltungskosten-erstattung geregelt wird. Nach der hierauf gestützten **AFVFinV** erhält das BAS auf Anforderung vierteljährliche Abschlüsse. Etwaige Deckungslücken gegenüber der von BMG, BMF und BMAS geprüften, jährlich zu übermittelnden Ausgabenübersicht sind im Rahmen einer Jahresschlussabrechnung auszugleichen.

VII. Weitere Aufgaben

- 8 Der Ausgleichsfonds ist im Laufe der Zeit zur Finanzierung weiterer Aufgaben im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung herangezogen worden:
- Förderung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige gem. § 8 Abs. 3 mit kalenderjährlich maximal 5 Mio. EUR;
 - Förderung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze gem. § 8 Abs. 3a mit kalenderjährlich maximal 3 Mio. EUR;
 - Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach § 113c S. 1 gem. § 8 Abs. 3b in den Jahren 2021 bis 2025 mit bis zu 12 Mio. EUR;
 - Finanzierung bestimmter Geschäftsstellen und Institutionen gem. § 8 Abs. 4–6;
 - Förderung von Maßnahmen für die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für in der Pflege tätige Mitarbeiter in den Jahren 2019–2024 mit jährlich bis zu 100 Mio. EUR gem. § 8 Abs. 7;
 - Gewährung eines einmaligen Zuschusses von max. 12.000 EUR in den Jahren 2019–2030 für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung für digitale Anwendungen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung gem. § 8 Abs. 8;
 - einmalige Bezuschussung von Pflegeeinrichtungen für digitale Anwendungen in den Jahren 2019–2023 gem. § 8 Abs. 8;
 - Förderung von Modellvorhaben und Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung gem. § 18e Abs. 3 mit jährlich 500.000 EUR;
 - Förderung von Alltagsunterstützung iSd § 45a, von Gruppen ehrenamtlich tätiger Personen und von Modellvorhaben für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige mit maximal 25 Mio. EUR pro Kalenderjahr sowie mit weiteren 10 Mio. EUR Förderung der strukturierten Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken (§ 45c Abs. 1 S. 1 bzw. S. 3);
 - Zahlung monatlicher Pauschalen an Pflegeeinrichtungen für Ausstattung und Betrieb von Telematikinfrastruktur gem. § 106b Abs. 1;
 - Finanzierung der vom Qualitätsausschuss gem. § 113b Abs. 4 zu erteilenden Aufträge (§ 113b Abs. 5 S. 1);
 - Zahlung eines einmaligen Förderbetrages in Höhe von 1.000 EUR für Schulungen zur Erhebung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität gem. § 114b Abs. 3;
 - Förderung von regionalspezifischen Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen im Zeitraum 2025–2028 mit bis zu 30 Mio. EUR je Kalenderjahr gem. § 123 Abs. 1;
 - Förderung von Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur und zur Telepflege gem. §§ 125, 125a mit je 10 Mio. EUR von 2020–2024 bzw. von 2022–2025;
 - Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege nach § 125b Abs. 2 S. 1 mit 10 Mio. EUR von 2023–2027;
 - Zuführung von 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Vorjahres an den Pflegevorsorgefonds gem. § 135;
 - monatliche Förderung von 250 EUR (1.10.2022–30.4.2023) für die Umsetzung der Aufgaben gem. § 35 Abs. 1 S. 6 u. 7 IfSG gem. § 150c Abs. 6.

§ 66 Finanzausgleich

(1) ¹Die Leistungsaufwendungen sowie die Verwaltungskosten der Pflegekassen werden von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitrags-

einnahmen gemeinsam getragen. ²Zu diesem Zweck findet zwischen allen Pflegekassen ein Finanzausgleich statt. ³Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt den Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durch. ⁴Es hat Näheres zur Durchführung des Finanzausgleichs mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu vereinbaren. ⁵Die Vereinbarung ist für die Pflegekasse verbindlich.

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Umfang	3
IV. Durchführung	4

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 75 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 130 f. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurden lediglich Abs. 1 S. 4 geändert und S. 5 in Abs. 1 angefügt (BT-Drs. 12/5920, 67); zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 45. Abs. 1 S. 3 und Abs. 2 wurden an die geänderte Behördenbezeichnung angepasst durch Art. 39 Nr. 10 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) mWv 1.1.2020. Abs. 1 S. 4 wurde geändert durch Art. 8 Nr. 29 GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl. I 378) mWv 1.7.2008, Abs. 2 durch Art. 10 Nr. 5 RVOrgG (vom 9.12.2004, BGBl. I 3242) mWv 1.10.2005.

II. Normzweck

§ 66 ordnet einen Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen an (vgl. Adamson/ 2 Arndt BKK 1995, 118 ff.). Dieser wird durchgeführt, da die Pflegekassen keinen Einfluss auf den bundesweit einheitlichen Beitragssatz gem. § 55 Abs. 1, 1a haben, sich aber ihre Risikostrukturen voneinander unterscheiden. In § 66 sind auch die Ermächtigungsgrundlagen für den Abschluss von Vereinbarungen zu den Einzelheiten des Verfahrens im Finanzausgleich geregelt. Seine wesentlichen Grundzüge werden von §§ 67, 68 mit Bestimmungen über einen Monats- und einen Jahresausgleich festgelegt.

III. Umfang

In den Finanzausgleich einbezogen wird der Gesamtaufwand der Pflegekassen 3 iSd Abs. 1 S. 1. Leistungsaufwendungen und Verwaltungskosten werden von den Pflegekassen nach dem **Verhältnis der Beitragseinnahmen** gemeinsam getragen.

IV. Durchführung

Der Finanzausgleich wird vom BAS durchgeführt, Abs. 1 S. 3. Das Nähere wird 4 in der auf Grundlage von Abs. 1 S. 4 vom BAS und Spitzenverband Bund der

Krankenkassen geschlossenen **Vereinbarung zur Durchführung des Finanzausgleichs** gem. § 66 vom 1.9.2020 geregelt, die nach Abs. 1 S. 5 auch die Pflegekassen verpflichtet.

- 5 Der Zahlungsverkehr zur Durchführung des Liquiditätsausgleichs zwischen Pflegekassen und Ausgleichsfonds wird im Auftrag des BAS von der DRV Bund abgewickelt. Die Vereinbarung nach Abs. 2 (Text bei Hauck/Noftz, C 451) soll die **praktikable Abwicklung** von Zahlungseingängen und -ausgängen sowie der Kontenführung ermöglichen (BT-Drs. 12/5262, 131 zu § 66). Streitigkeiten über den Finanzausgleich sind in erster Instanz gem. § 29 Abs. 3 Nr. 2 SGG dem LSG NRW zugewiesen.

§ 67 Monatlicher Ausgleich

- (1) Jede Pflegekasse ermittelt bis zum 10. des Monats
 1. die bis zum Ende des Vormonats gebuchten Ausgaben,
 2. die bis zum Ende des Vormonats gebuchten Einnahmen (Beitragsist),
 3. das Betriebsmittel- und Rücklagesoll,
 4. den am Ersten des laufenden Monats vorhandenen Betriebsmittelbestand (Betriebsmittelist) und die Höhe der Rücklage.
- (2) ¹Sind die Ausgaben zuzüglich des Betriebsmittel- und Rücklagesolls höher als die Einnahmen zuzüglich des vorhandenen Betriebsmittelbestands und der Rücklage am Ersten des laufenden Monats, erhält die Pflegekasse bis zum Monatsende den Unterschiedsbetrag aus dem Ausgleichsfonds. ²Sind die Einnahmen zuzüglich des am Ersten des laufenden Monats vorhandenen Betriebsmittelbestands und der Rücklage höher als die Ausgaben zuzüglich des Betriebsmittel- und Rücklagesolls, überweist die Pflegekasse den Unterschiedsbetrag an den Ausgleichsfonds.
- (3) Die Pflegekasse hat dem Bundesamt für Soziale Sicherung die notwendigen Berechnungsgrundlagen mitzuteilen.

§ 68 Jahresausgleich

- (1) ¹Nach Ablauf des Kalenderjahres wird zwischen den Pflegekassen ein Jahresausgleich durchgeführt. ²Nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller Pflegekassen und der Jahresrechnung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Pflegeversicherung für das abgelaufene Kalenderjahr werden die Ergebnisse nach § 67 bereinigt.
- (2) Werden nach Abschluß des Jahresausgleichs sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesamt für Soziale Sicherung diese bei der Ermittlung des nächsten Jahresausgleichs nach den zu diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften zu berücksichtigen.
- (3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über:
 1. die inhaltliche und zeitliche Abgrenzung und Ermittlung der Beträge nach den §§ 66 bis 68,
 2. die Fälligkeit der Beträge und Verzinsung bei Verzug,
 3. das Verfahren bei der Durchführung des Finanzausgleichs sowie die hierfür von den Pflegekassen mitzuteilenden Angaben
 regeln.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassungen	1
II. Allgemeines	3
III. Monatsausgleich (§ 67)	4
IV. Jahresausgleich (§ 68)	5
V. Unterfinanzierung des Ausgleichsfonds	6

I. Geltende Fassungen

§§ 67 und 68 sind mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. 1
§ 67 hat weitgehend die Fassung des AuS-Ausschusses (BT-Drs. 12/5920, 67 f.; zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 45). In Abs. 1 wurde der 15. auf den 10. des Monats durch Art. 1 Nr. 37 PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008 geändert. Die Behördenbezeichnung in Abs. 3 wurde angepasst durch Art. 39 Nr. 10 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) mWv 1.1.2020.

§ 68 entspricht § 77 des RegE, vgl. Begr. S. 131 f. Abs. 1 S. 2 wurde durch Art. 10 2
Nr. 6 RVOrgG (vom 9.12.2004, BGBl. I 3242) mWv 1.10.2005 geändert. Die Zuständigkeit in Abs. 3 wurde durch mehrere ZustAnpV angepasst: vom 29.10.2001 (BGBl. I 2785), vom 25.11.2003 (BGBl. I 2304) und vom 31.10.2006 (BGBl. I 2407). Die Behördenbezeichnung in Abs. 2 wurde angepasst durch Art. 39 Nr. 10 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) mWv 1.1.2020.

II. Allgemeines

§§ 67 und 68 legen den Rahmen des Verfahrens für den Finanzausgleich fest, vgl. 3
im Einzelnen die Vereinbarung nach § 66 Abs. 1 S. 4 (→ § 66 Rn. 4). Sanktionen für unwirtschaftliches Handeln der Pflegekassen sehen die Vorschriften nicht vor.

III. Monatsausgleich (§ 67)

Ziel des Finanzausgleiches ist es, die Liquidität der Pflegekassen in jedem Monat 4
zu sichern. Der monatliche Ausgleich nach § 67 orientiert sich an den **Einnahmen und Ausgaben vom Jahresbeginn bis zum Vormonat** (Abs. 1). Die Pflegekasse ermittelt am Beginn jedes Monats Betriebsmittel-Ist und Ausgaben-Ist für die Zeit ab Jahresbeginn und rechnet die Differenz dem zu Beginn des Geschäftsjahres vorhandenen Betriebsmittel- und Rücklage-Ist (= Bestand am Ende des Vorjahres) zu. Dies „soll möglichst“ bis zum fünften Arbeitstag erfolgt sein (§ 5 Abs. 3 Vereinbarung zu § 66 Abs. 1 S. 4 vom 1.9.2020), also vor dem in Abs. 1 genannten 10. des Monats. Ein Überschuss der Einnahmen (zuzüglich des Betriebsmittelbestands und der Rücklage) über die Ausgaben (zuzüglich des Betriebsmittel- und Rücklagesolls) ist von der Pflegekasse an den Ausgleichsfonds abzuführen, eine Unterdeckung wird aus dem Ausgleichsfonds ausgeglichen (§ 67 Abs. 2). Die für die Berechnung erforderlichen Werte für **Betriebsmittel- und Rücklage-Soll** nach § 67 Abs. 1 Nr. 3 ergeben sich aus den Ausgaben des festgestellten Haushaltsplans der Pflegekasse bzw. aus § 64 Abs. 2, der eine Rücklage in Höhe der Hälfte der durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Ausgaben laut Haushaltsplan vorschreibt. Wenn die Mittel aus dem monatlichen Finanzausgleich nicht zur Deckung der Zahlungsverpflichtun-

gen ausreichen – dies kann insbesondere eintreten, wenn die Ausgabendeckungsquote für alle Pflegekassen abgesenkt ist, → vgl. Rn. 6 –, kann die Pflegekasse nach § 4 Abs. 5 der Vereinbarung zur Durchführung des Finanzausgleichs nach § 66 eine Liquiditätshilfe aus Mitteln des Ausgleichsfonds beim BAS beantragen. Hierzu haben der Spitzenverband Bund und das BAS die Pflegekassen-Finanzhilfvereinbarung (PK-FhV) vom 1.9.2020 geschlossen, die das Nähere regelt. Eine derartige Finanzhilfe kann nach § 3 Abs. 1 PK-FhV als Abschlagszahlung im Vorgriff auf die nächste Abrechnung im monatlichen Finanzausgleich oder als besondere Hilfe außerhalb des Finanzausgleichs gewährt werden.

IV. Jahresausgleich (§ 68)

- 5 Gemäß § 68 werden die monatlichen Ausgleiche durch einen Jahresausgleich bereinigt (Abs. 1). Erst nach Durchführung des Jahresausgleichs festgestellte Fehler werden im folgenden Jahr nach den zu diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften ausgeglichen (Abs. 2). Eine Verordnung nach Abs. 3 ist bisher nicht ergangen, da die Vereinbarung zur Durchführung des Finanzausgleichs nach § 66 umfassende Regelungen beinhaltet. Ab 2035 werden in den Jahresausgleich auch die Mittel einbezogen, die aus dem Pflegevorsorgefonds gem. § 136 entnommen werden können.

V. Unterfinanzierung des Ausgleichsfonds

- 6 Nicht ausdrücklich im SGB XI geregelt ist der Fall, dass der Ausgleichsfonds seinerseits in finanzielle Schieflage gerät. Für diesen Fall sieht § 3 Abs. 8 der Vereinbarung zur Durchführung des Finanzausgleichs nach § 66 vor, dass zunächst die Betriebsmittel der Pflegekassen herangezogen werden. Dies erfolgt, indem nach Maßgabe von § 4 Abs. 3 der Vereinbarung zur Durchführung des Finanzausgleichs nach § 66 die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittel-Solls (von regelhaft 1,0) für alle Pflegekassen gesenkt wird. Sinken die Mittel nach § 62 SGB XI unter die Hälfte des Betriebsmittel- und Rücklage-Solls und lässt die Entwicklung der Liquiditätssituation weiterhin eine Unterdeckung erwarten, erstattet das BAS eine Meldung an das BMG.

Siebttes Kapitel. Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt. Allgemeine Grundsätze

§ 69 Sicherstellungsauftrag

¹Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). ²Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern. ³Dabei sind die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Sicherstellungsziele (S. 1)	3
1. Bedarfsgerechtigkeit	4
2. Gleichmäßigkeit	5
3. Pflegestandard	6
IV. Sicherstellungsmittel	7
V. Neutralität (S. 3)	8

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch **Art. 1 PflegeVG** eingeführt worden. Sie ¹folgte ursprünglich unverändert dem FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 132 zu § 78). Durch Art. 1 Nr. 4 des **PQsG** vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) wurden mW zum 1.1.2002 in S. 2 zunächst die Wörter „Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ eingefügt (dazu BT-Drs. 14/5395, 27 f.), die durch das **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mW zum 1.7.2008 wieder gestrichen worden sind (dazu BT-Drs. 16/7439, 67); die Änderungen sind Folgeänderungen zur Einführung und Streichung von § 80a SGB XI aF (vgl. dazu → § 84 Rn. 15 ff.).

II. Normzweck

Die Vorschrift bildet das **Bindeglied** zwischen dem Leistungsrecht des Vierten ²Kapitels und dem Leistungserbringungsrecht des Siebten, Achten und Zwölften Kapitels. Sie umreißt die Verantwortung der Pflegekassen im Dreiecksverhältnis zwischen Pflegekassen, Versicherten und Leistungserbringern bei der Beschaffung von Pflegeleistungen. Entlehnt sind diese Beziehungen dem **Sachleistungsprinzip der GKV** (vgl. § 2 Abs. 2 S. 1 SGB V). Mit Ausnahmen prägt dieses Modell auch die Leistungserbringung der sozialen Pflegeversicherung (vgl. hierzu allg. → Vor

§§ 28–45f Rn. 2 f.; Schulin PV-HdB/Neumann § 20 Rn. 57 ff.). Demzufolge richtet sich der Anspruch der Versicherten nicht auf Übernahme oder Erstattung von Kosten für selbstbeschaffte Pflegeleistungen, sondern grundsätzlich – Ausnahme: Gewährung von Pflegegeld bei selbst organisierter häuslicher Pflege (§ 37) – auf **Verschaffung von Sach- oder Dienstleistungen**. Insoweit stehen die Pflegekassen den Versicherten gegenüber in einer entsprechenden **Verschaffungsverantwortung**, der sie im Rahmen ihrer Beziehungen zu den **Leistungserbringern** nach Maßgabe des Leistungserbringungsrechts des Siebten, Achten und Zwölften Kapitels gerecht zu werden haben. Von welchen abstrakten Zielen sie sich dabei leiten zu lassen haben und welchen Leistungsstandard die Versicherten allgemein einfordern können, bestimmt § 69. **Vorbild** dafür ist **§ 70 Abs. 1 S. 1 SGB V**, dessen Auftrag § 69 wortgenau übernimmt. Getragen ist das offenkundig von der Erwartung, dass auf die Versorgung mit Pflegeleistungen in ähnlicher Weise Einfluss genommen werden kann wie auf die vertragsärztliche Versorgung nach dem SGB V. Jedoch sind die Steuerungsmöglichkeiten in beiden Zweigen unterschiedlich. Denn anders als bei der vertragsärztlichen Versorgung sind die Leistungserbringer weder in den Sicherstellungsauftrag (vgl. auch § 12 Abs. 1 S. 1) einbezogen (vgl. §§ 70 Abs. 1 S. 1, 72 Abs. 1 S. 1 SGB V) noch besteht in der sozialen Pflegeversicherung eine bedarfsabhängige Zulassung (vgl. → § 72 Rn. 10). Die Einflussmöglichkeiten der Pflegekassen sind deshalb objektiv geringer als der Regelungsauftrag es in Anlehnung an § 70 SGB V voraussetzt.

III. Sicherstellungsziele (S. 1)

- 3 Die Vorschrift gestaltet den bereits in § 12 Abs. 1 S. 1 formulierten Sicherstellungsauftrag hinsichtlich seiner Zielsetzung näher aus. Hiernach sollen die Pflegekassen nach § 69 S. 1 gewährleisten, dass die pflegerische Versorgung der Versicherten
- (1.) **bedarfsgerecht** und
 - (2.) **gleichmäßig** ist und
 - (3.) dem **allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse** entspricht:

1. Bedarfsgerechtigkeit

- 4 Die Versorgung ist bedarfsgerecht, soweit sie dem von der sozialen Pflegeversicherung zu erfüllenden Pflegebedarf der Versicherten entspricht. Im Vertragsarztrecht hat das zwei Komponenten (vgl. jurisPK-SGB V/Engelmann § 70 Rn. 9): Bedarfsgerecht ist die Versorgung zum einen, wenn eine – am Bedarf gemessen – **ausreichende Zahl von Leistungserbringern** tatsächlich zur Verfügung steht. Bedarfsgerecht ist in Bezug auf die pflegerische Versorgung daher eine **Mindestausstattung mit Pflegeeinrichtungen**. Auf diese quantitative Leistungsseite haben die Pflegekassen indes nur **geringen Einfluss**, weil sie – von der häuslichen Pflege abgesehen (vgl. § 77 Abs. 2) – **Eigeneinrichtungen** nicht betreiben dürfen und ihnen auch sonst keine Mittel zur Steuerung der **Versorgungsdichte** zu Gebote stehen. Denn weder bestehen Formen der **Zulassungssteuerung** noch kann bei **gedeckelten Leistungen** (vgl. §§ 36 Abs. 3, 41 Abs. 2) durch Vergütungsanreize Einfluss genommen werden. Das Risiko einer **zahlenmäßig unzureichenden** Versorgungssituation vor Ort belässt das SGB XI in seiner konkreten Ausgestaltung deshalb trotz § 69 S. 1 mehr den Versicherten als dass es die Pflegekassen in die Pflicht nimmt. **Größere Bedeutung** hat das Element der Bedarfsgerechtigkeit für die soziale Pflegeversicherung deshalb in seiner zweiten Bedeutungsebene. In dieser Dimension verlangt Bedarfsgerechtigkeit eine Ausrichtung der Leistungen am **individuellen Pflegebedarf** des Versicherten. Darauf können die Pflegekassen insoweit größeren Einfluss

nehmen, als sie durch Verträge das Leistungsgeschehen mit den zugelassenen Leistungserbringern steuern können (vgl. § 69 S. 2).

2. Gleichmäßigkeit

Die erforderliche Mindestausstattung ist **gleichmäßig**, wenn sie in der **Fläche** **gleichmäßig verteilt ist**; dh die Pflegekassen haben für eine **flächendeckend ausreichende Versorgungsstruktur** zu sorgen. Auch insoweit ist das den Pflegekassen zur Verfügung stehende Instrumentarium **indes beschränkt**: Zwar können sie mit existierenden Pflegeeinrichtungen Verträge abschließen und hierdurch ggf. bestehende Versorgungslücken (zur Regionalität des Versorgungsauftrags ambulanter Pflegeeinrichtungen § 72 Abs. 3 S. 3) schließen. Soweit dies nicht ausreicht, verbleibt ihnen jedoch nur im Bereich der ambulanten Pflege die Möglichkeit, durch Einstellung von Pflegekräften Abhilfe zu schaffen. Im stationären Bereich haben sie dagegen nicht die Möglichkeit, Eigeneinrichtungen zu installieren. Hier können sie allenfalls auf die für die Vorhaltung einer leistungsfähigen pflegerischen Infrastruktur verantwortlichen Länder (§ 9 S. 1) einwirken. Eine Reduktion oder Verhinderung von Überangeboten ist wegen des Anspruchs auf Abschluss von Versorgungsverträgen (vgl. § 72 Abs. 3, → § 72 Rn. 15 ff.) indes weitgehend ausgeschlossen. Aus den Materialien ergibt sich, dass hierdurch ein geschlossener Markt verhindert und der Wettbewerb gefördert werden soll (BT-Drs. 12/5262, 136).

3. Pflegestandard

Der **Qualität** nach hat die pflegerische Versorgung schließlich dem **allgemein** **anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse** zu entsprechen. Vorbild auch dieser Anforderung ist das SGB V mit den § 2 Abs. 1 S. 3 und § 70 Abs. 1 S. 1 SGB V. Jedoch postuliert die Regelung einen pflegefachwissenschaftlichen **Konsens über Pflegestandards**, der sich weiterhin allenfalls zögerlich entwickelt (vgl. BSG 16.5.2013 – B 3 P 5/12 R, SozR 4-3300 § 115 Nr. 2, BeckRS 2013, 257; skeptisch bereits Udsching SGB 2007, 694 (698): „Worthülse“; Igl SGB 2007, 381 (383): „Schimäre“). Diese Einschätzung liegt unausgesprochen auch dem mit dem PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mW zum 1.7.2008 eingeführten Instrumentarium des § 113a zugrunde, wonach die Vertragsparteien nach § 113 die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicherzustellen haben (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 16/7439, 41, 83 ff.). Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und § 113a durch Art. 1 Nr. 38 PUEG vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023 aufgehoben. Es ist kein einziger Standard verbindlich festgelegt worden (vgl. BT-Drs. 20/6544, 76).

IV. Sicherstellungsmittel

Instrumente zur Sicherstellung der Ziele nach S. 1 sind nach S. 2 der **Versorgungsvertrag** und die **Vergütungsvereinbarung**. Hierdurch steuern die Pflegekassen erstens den **Zugang zur Versorgung** von Pflegebedürftigen, zweitens den **Inhalt** und drittens die **Vergütung** der zu erbringenden Leistungen. Bezug genommen ist damit auf das durch öffentlich-rechtliche Verträge auszugestaltende Regulationssystem zwischen den Pflegekassen, den Einrichtungen und anderen Leistungserbringern, derer sich die Pflegekasse zur Erfüllung ihrer Sachleistungsansprüche (vgl. → Rn. 2) bedient. Hiernach dürfen die Pflegekassen gem. § 72 Abs. 1 Pflegeleistungen nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein **Versorgungsvertrag besteht**. Er begründet zugunsten des Leistungserbringers einen **öffentlich-rechtlichen Rechtsstatus**, durch die er in das öffentlich-rechtliche Sozialleistungs-

§ 70 Siebtes Kapitel. Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

system einbezogen wird (vgl. BT-Drs. 12/5262, 135 ff.). Den Kreis der insoweit **zulassungsfähigen Einrichtungen** bestimmt § 71. Deren Vergütung bemisst sich nach – insbesondere, aber nicht nur – **Vergütungsverträgen** nach Maßgabe des Achten Kapitels (§§ 82–92).

V. Neutralität (S. 3)

8 Die Vorschrift nimmt eine Zusage wieder auf, die bereits in § 11 Abs. 2 festgelegt ist: Die traditionell gewachsene **Vielfalt der Träger** von Pflegeeinrichtungen soll durch die Pflegeversicherung nicht beseitigt werden. Die Pflegekassen haben bei der Ausübung ihrer Vertragskompetenzen diese Vielfalt von freigemeinnützigen, kirchlichen, privaten und öffentlichen Trägern zu respektieren (vgl. Schulin PV-HdB/Neumann § 20 Rn. 26). Verstärkt wird diese Pflicht durch § 2 Abs. 3, der die Pflegekassen vor allem bei der Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung verpflichtet, auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen Rücksicht zu nehmen. S. 3 kann beim Abschluss von Versorgungsverträgen (gem. § 72) Bedeutung erlangen. Eine Freistellung von den in §§ 71, 72 geregelten Zulassungsvoraussetzungen oder vom Wirtschaftlichkeitsgebot (§§ 29 und 72 Abs. 3) kann hiermit indes nicht begründet werden (vgl. BSG 6.8.1998 – B 3 P 8/97 R, BSGE 82, 252 = SozR 3–3300 § 73 Nr. 1 = NZS 1999, 298). Allein die Berufung auf die Wahrung der Trägervielfalt rechtfertigt auch **keine höhere Pflegevergütung**.

§ 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.**

Übersicht	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Grundsatz der Beitragssatzstabilität (Abs. 1)	3
IV. Unwirksamkeit von Vergütungsvereinbarungen (Abs. 2)	5

I. Geltende Fassung

1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch **Art. 1 PflegeVG** eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 133 zu § 79).

II. Normzweck

2 Die Norm zielt auf die **Begrenzung der Leistungsausgaben** und deren Koppe- lung an die Beitragseinnahmen. Dadurch sollen Leistungsfähigkeit und Wirtschaft- lichkeit der sozialen Pflegeversicherung sowie die Finanzierung zu vertretbaren Bei- tragssätzen auf Dauer gesichert werden (vgl. BT-Drs. 12/5262, 133). Leitbild hierfür ist § 71 SGB V. Die Übertragbarkeit dessen auf das SGB XI erscheint allerdings

fraglich (vgl. Schulin PV-HdB/Neumann § 22 Rn. 16; anders dagegen jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 13). Zwar geht der Gesetzgeber zutreffend davon aus, dass für die gesamten Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung wegen des gesetzlich festgelegten bundesweit **einheitlichen Beitragssatzes** (§ 55 Abs. 1) auf Dauer nur begrenzte Finanzmittel zur Verfügung stehen; deshalb ist das **Regelungsmotiv** nachvollziehbar. Indes war auch bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung klar, dass auf die **Mengenkomponente nur begrenzt Einfluss genommen** werden kann (vgl. BT-Drs. 12/5262, 133 zu § 79 Abs. 2); Leistungsansprüche sind auch zu erfüllen, wenn die Finanzmittel **nicht ausreichen**. Einem Negativsaldo könnte deshalb auf Dauer nur durch eine Erhöhung des Beitragssatzes oder durch weitere Leistungsbeschränkungen begegnet werden. Über Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen kann hingegen nur **sehr begrenzt** auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und damit auf die Haushaltslage der sozialen Pflegeversicherung eingewirkt werden. Auch die Vergütungshöhe wirkt sich wegen der **gedeckelten Leistungen** (vgl. §§ 36 Abs. 3, 41 Abs. 2, 42 Abs. 2 und 43 Abs. 2) auf die finanzielle Situation der sozialen Pflegeversicherung nur dann aus, wenn die bei den einzelnen Leistungsarten vorgesehenen Höchstgrenzen nicht erreicht werden; das ist allenfalls ausnahmsweise der Fall. Bei der am häufigsten in Anspruch genommenen Leistungsart, dem Pflegegeld nach § 37, ist eine Einwirkungsmöglichkeit zudem schon im Ansatz ausgeschlossen. Im Regelungskontext des SGB XI erscheint deshalb zweifelhaft, ob die Regelung die ihr zugeordnete Funktion tatsächlich erfüllen kann (vgl. auch die Einwände von Schulin VSSR 1994, 285 (304 f.); NZS 1994, 436 (443 f.); Schulin PV-HdB/Neumann § 22 Rn. 17; für ein beschränktes Verständnis nunmehr auch BSG 26.9.2019 – B 3 P 1/18 R, BSGE 129, 116 = SozR 4-3300 § 85 Nr. 5, SozR 4-3300 § 70 Nr. 1, SozR 4-3300 § 76 Nr. 1 Rn. 39 = BeckRS 2019, 36393).

III. Grundsatz der Beitragssatzstabilität (Abs. 1)

Nach der Legaldefinition sollen die Pflegekassen nach dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität durch die Verträge mit den Leistungserbringern sicherstellen, dass die **Leistungsausgaben** der Pflegekassen ihre **Beitrageinnahmen nicht überschreiten**. Demnach ist die Beitragssatzstabilität nur gewährleistet, wenn die gesamten Leistungsausgaben aller Pflegekassen und damit der Pflegeversicherung aus dem verfügbaren Beitragsaufkommen finanziert werden können (vgl. BT-Drs. 12/5262, 133). **Schutzgut und Bezugspunkt** des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sind danach die **Finanzmittel der Pflegekassen**. **Kein Regelungsgegenstand** des § 70 Abs. 1 ist hingegen die Begrenzung der **Beträge**, die **Versicherte** und **andere Kostenträger** bei gedeckelten Leistungen (vgl. §§ 36 Abs. 3, 41 Abs. 2, 42 Abs. 2 und 43 Abs. 2) für die Inanspruchnahme von Leistungen **zusätzlich** aufzubringen haben. Dem steht entgegen, dass die Regelung nur auf Beitrageinnahmen und Leistungsausgaben der **Pflegekassen** Bezug nimmt. Als begrenzendes Element auch zugunsten der anderen **zur Kostentragung Verpflichteten** – Versicherte und andere Kostenträger – wirkt die Regelung deshalb nicht.

Auch in Bezug auf den verbleibenden Schutzgegenstand – die Beitragsmittel der sozialen Pflegeversicherung – gehen die Wirkungen der Vorschrift indes weitgehend **ins Leere**. Ohnehin ist schon der Begriff in Anlehnung an die Terminologie des SGB V (vgl. § 71 Abs. 1 S. 1 SGB V) fragwürdig, weil die Beiträge nach § 55 Abs. 1 gesetzlich festgelegt werden und daher ohnehin „stabil“ sind (so zutreffend Schulin NZS 1994, 436 (444); BeckOGK/Schmidt Rn. 4). Gemeint ist vielmehr eine **beitragsäquivalente Ausgabenentwicklung**. Sie kann indes mit dem Instrumentarium des SGB XI aus den genannten Gründen (vgl. → Rn. 2) – wenn überhaupt – nur begrenzt verfolgt werden. Dagegen spricht schon, dass die Leistungen der Pflege-

versicherung der Höhe nach durch Gesetz festgelegt und hierdurch begrenzt sind (vgl. §§ 36 Abs. 3, 41 Abs. 2, 42 Abs. 2 und 43 Abs. 2). Einfluss auf die Ausgabenentwicklung hat deshalb wesentlich das **Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten** und damit die **Entwicklung des Pflegefallrisikos**. Indes soll **dieses Risiko** nach der in Abs. 2 zum Ausdruck gekommenen Vorstellung des Gesetzgebers gerade nicht von den Leistungserbringern, sondern von der Versichertengemeinschaft getragen werden (vgl. BT-Drs. 12/5262, 133). Zulässig in die Pflicht genommen werden können die Leistungserbringer deshalb im Wesentlichen nur **zur Verhinderung von Leistungsausweitungen**, denen gesetzliche Ansprüche von Versicherten nicht zugrunde liegen.

IV. Unwirksamkeit von Vergütungsvereinbarungen (Abs. 2)

- 5 Teil des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität ist nach Abs. 2, dass ihm **widersprechende Vereinbarungen hinsichtlich der Höhe der Vergütungen unwirksam** sein sollen. Diese Anordnung geht schon im Ansatz im Wesentlichen **ins Leere**, weil die Vergütungshöhe angesichts der gesetzlich festgelegten Ausgabenbegrenzung (vgl. §§ 36 Abs. 3, 41 Abs. 2, 42 Abs. 2 und 43 Abs. 2) regelmäßig keinen Einfluss auf die Ausgabenbelastung der Pflegekasse hat und die Nichtigkeitsvoraussetzungen deshalb nicht feststellbar sein können (in diesem Sinne auch BeckOGK/Schmidt Rn. 9 f.; Krauskopf/Knittel Rn. 7; eher zustimmend jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 12). Soweit das **ausnahmsweise anders** sein sollte, steht die Regelung in einem **Spannungsverhältnis** zu dem durch § 82 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 gewährleisteten Anspruch der Einrichtungen auf leistungsgerechte Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen. Insoweit soll der Grundsatz der Beitragsatzstabilität nach § 84 Abs. 2 S. 6 ein Faktor unter mehreren anderen für die Bemessung der Pflegesätze sein. Praktische Bedeutung kommt dem indes bei wortgetreuem Verständnis aus den dargelegten Gründen schon im Ansatz nicht zu, wenn man den Sinn – unter Rückgriff auf eine vom Textsinn mehr gelöste Regelungszurückhaltung – nicht darin sieht, die Leistungserbringer bei Vergütungsverhandlungen zur **Zurückhaltung anzuhalten** (vgl. Schuln PV-HdB/Neumann § 22 Rn. 18; so aber jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 13). Erst recht ist das problematisch geworden, seit der Gesetzgeber die Zahlung jedenfalls von Mindestlöhnen bzw. von ortsüblichen und nunmehr tariflichen bzw. tariforientierten Gehältern nach § 72 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 Hs. 2 iVm Abs. 3a und Abs. 3b zur unabdingbaren Voraussetzung für den Zugang zur – und die weitere Beteiligung an der – pflegerischen Versorgung im Rahmen des SGB XI erhoben hat (dazu → § 72 Rn. 7 ff.). Auch wenn damit der Anwendungsbereich der Norm beschränkt ist, kann der Grundsatz der Beitragsatzstabilität nicht vollständig ins Leere laufen (BSG 26.9.2019 – B 3 P 1/18 R, BSGE 129, 116 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 5 = SozR 4–3300 § 70 Nr. 1 = SozR 4–3300 § 76 Nr. 1 Rn. 39 = BeckRS 2019, 36393); der Vorschrift kann danach zumindest entnommen werden, dass sich die Ausgaben insgesamt – mithin unter Berücksichtigung der von den Versicherten aufzubringenden Kosten der Pflege – an der Veränderungsrate der Einnahmen aus dem Beitragsaufkommen zu orientieren haben. Steigende Kosten führen auch bei pauschalierten Leistungen auf lange Sicht zu Beitragserhöhungen. Insgesamt ist die Vorschrift wenig praktikabel (ähnlich BeckOGK/Schmidt Rn. 9; Krauskopf/Knittel Rn. 8).

Zweiter Abschnitt. Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

§ 71 Pflegeeinrichtungen

(1) **Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger**

Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen.

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

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

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

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

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

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. ²Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. ³Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. ⁴Die Rahmenfrist nach den Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. ⁵Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. ⁶Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. ⁷Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Januar 2023 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.

(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,
2. Krankenhäuser sowie

3. Räumlichkeiten,

- a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,
- b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und
- c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Pflegeeinrichtung	3
IV. Ambulante Pflege (Abs. 1)	4
1. Leistungsort	5
2. Leistungsinhalt	6
3. Leistungsbreite	7
V. Ambulante Betreuung (Abs. 1a)	9
VI. Stationäre Pflege (Abs. 2)	12
1. Leistungsort	13
2. Leistungsgegenstand	14
3. Leistungsbreite	15
4. Pflegerischer Leistungszweck (Abs. 4)	16
5. Abgrenzungsrichtlinie (Abs. 5)	22
VII. Organisationsstruktur	23
VIII. Selbstständiges Wirtschaften	24
IX. Verantwortliche Fachkraft (Abs. 3)	26
1. Funktion	27

	Rn.
2. Anerkennungsvoraussetzungen (Abs. 3)	28
3. Verfahrensfragen	29
4. Verantwortliche Fachkraft für Betreuungsdienste (Abs. 3 S. 3) ...	30

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch **Art. 1 PflegeVG** eingeführt worden. 1 Die Ursprungsfassung folgte weitgehend dem FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 133 ff. zu § 80). Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurde lediglich in Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 1 die Bezeichnung „Pflegekraft“ in „Pflegefachkraft“ geändert (vgl. BT-Drs. 12/5920, 70 und BT-Drs. 12/5952, 45) und die Abs. 3 und 4 angefügt (zu den Auseinandersetzungen darum vgl. BT-Drs. 13/3696, 5 und 15, BR-Drs. 228/96, 2 ff. sowie BT-Drs. 13/4688, 3 Nr. 12). Folgeänderungen zum **SGB IX** in Abs. 4 wurden mWv 1.7.2001 eingefügt durch das Gesetz zu dessen Einführung vom 19.6.2001 (BGBl. I 1046, zur Begr. vgl. BT-Drs. 14/5074, 122). Durch das **PQSG** vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) wurde die Rahmenfrist in Abs. 3 mWv 1.1.2002 von drei auf fünf Jahre verlängert (zur Begr. vgl. BT-Drs. 14/5395, 28). Mit dem **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) sind mWv 1.7.2008 Anpassungen an berufsrechtliche Änderungen im Kranken- und Altenpflegerecht vollzogen und die bis dahin geübte Praxis auf eine rechtliche Grundlage gestellt worden, wonach die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von regelmäßig mindestens 460 Stunden voraussetzt (zur Begr. vgl. BT-Drs. 16/7439, 67). Durch das **PNG** vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) sind mWv 30.10.2012 in Abs. 2 Nr. 2 jeweils die Wörter „nur“ gestrichen worden, in Abs. 3 S. 1, 2 und 3 das Wort „fünf“ durch „acht“ ersetzt und S. 4 und 5 aufgehoben worden (zur Begr. vgl. BT-Drs. 17/9369, 44 f.). Durch das **PSG II** vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) wurden in Abs. 1 die Wörter „pflegen und hauswirtschaftlich“ durch die Wörter „mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36“ ersetzt. Durch das **PSG III** vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) erhielt Abs. 4 eine neue Fassung mit dem Ziel, die Abgrenzung zwischen stationärer Pflege iSv Abs. 2 und einer vollstationären Versorgung gleichkommenden Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen mWv 1.1.2020 neu zu justieren (zur Begr. vgl. BT-Drs. 18/9518, 72 und BT-Drs. 18/10510, 112 f.). Um die Abgrenzungsrichtlinie dazu schon vorher wirksam werden lassen zu können, ist die Verpflichtung zu deren Erlass durch das **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)** vom 14.12.2018 (BGBl. I 2394) nach Abs. 5 überführt und der verbliebene Teil des Abs. 4 formal erneut zum 1.1.2020 in Kraft gesetzt worden (vgl. BT-Drs. 19/5593, 132 f.). Weiter sind durch das **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)** vom 10.5.2019 (BGBl. I 646) in Abs. 1a Vorgaben zu ambulanten Betreuungseinrichtungen eingeführt und in Abs. 3 Sonderregelungen zur Fachkraftanerkennung bei Betreuungsdiensten begründet worden (vgl. BT-Drs. 19/6337, 152 f.). Schließlich wurde mit dem **Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)** vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) das Inkrafttreten der Zusatzvoraussetzung für die Anerkennung als verantwortliche Fachkraft auf den 1.1.2023 verschoben (Abs. 3 S. 7).

II. Normzweck

Die Norm bezweckt die Abgrenzung der zur Teilnahme an der pflegerischen 2 Versorgung dem Grunde nach **zulassungsfähigen Einrichtungen** von solchen, die nach dem Leistungsangebot, der Qualifikation oder dem Versorgungszweck

schon im Ansatz Pflegeleistungen zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung nicht erbringen können. Bezugspunkt hierfür ist § 72 Abs. 1 S. 1. Hiernach dürfen die Pflegekassen ambulante Pflege grundsätzlich nur – von der Pflege durch Einzelpersonen nach § 77 abgesehen – und stationäre Pflege ausschließlich durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein **Versorgungsvertrag** nach § 72 besteht und die demgemäß den Status als **zugelassene Pflegeeinrichtung** haben. Bedeutsam ist das im Weiteren auch, soweit entweder auf Aufgaben von Pflegeeinrichtungen verwiesen oder ihre Rechtsstellung weiter ausgestaltet wird (vgl. §§ 8 Abs. 2, 11, 41 – 43 sowie die an § 71 anschließenden Vorschriften des Leistungserbringungsrechts). Zu diesem Zweck definiert § 71, was eine Pflegeeinrichtung iSd SGB XI ist und welche **Anforderungen dem Grunde nach** von ihr zu erfüllen sind. Das zielt auf eine Abschichtung auf drei Ebenen: Erstens im Hinblick auf eine Mindestausstattung in **organisatorischer Hinsicht**, zweitens durch ein Mindestmaß an **fachlicher Qualifikation der verantwortlichen Pflegeleitung** sowie drittens durch Ausschluss solcher Einrichtungen, in denen Pflegeleistungen **anderen Hauptzwecken** untergeordnet sind. Vor allem die fachlichen Anforderungen an die verantwortliche Pflegeleitung und die Abgrenzung von Einrichtungen mit anderer Zweckbestimmung hat der Gesetzgeber im Zuge der Rechtsentwicklung weiter präzisiert. Mit den dazu durch das 1. SGB XI-ÄndG angefügten Absätzen 3 und 4 ist insoweit das Ziel verfolgt worden, den Kreis der Einrichtungen, die stationäre Pflege zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung erbringen dürfen, zu begrenzen und vor **allem stationäre Behinderteneinrichtungen** auszuschließen. Darauf richtet sich nach der Umgestaltung des Eingliederungshilferechts zum 1.1.2020 auch die zeitgleiche Neufassung von Abs. 4 (vgl. → Rn. 1 aE sowie BT-Drs. 18/9518, 72).

III. Pflegeeinrichtung

- 3 Pflegeeinrichtung iSd § 71 ist jede Einrichtung, die Leistungen entweder der **ambulanten Pflege** (dazu → Rn. 4 ff.), der **ambulanten Betreuung** (dazu → Rn. 9 ff.) oder der **stationären Pflege** iSd SGB XI (dazu → Rn. 12 ff.) anbietet, mit einem **Mindestmaß an Organisationsstruktur** ausgestattet ist (dazu → Rn. 23), **selbstständig wirtschaftet** (dazu → Rn. 24 f.) und unter **Leitung einer hinreichend qualifizierten Fachkraft** steht (dazu → Rn. 26 ff.).

IV. Ambulante Pflege (Abs. 1)

- 4 Nach der Legaldefinition des Abs. 1 werden ambulante Pflegeleistungen iSd SGB XI von Einrichtungen erbracht, die „Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe iSd § 6 versorgen“. Danach qualifiziert sich eine Einrichtung nach **Leistungsort**, **Leistungsgegenstand** und **Leistungsbreite** durch drei Merkmale als Erbringerin ambulanter Pflegeleistungen:

1. Leistungsort

- 5 Ambulante Pflegeleistungen werden definitionsgemäß „in der **Wohnung**“ des Pflegebedürftigen erbracht. Dazu rechnet grundsätzlich **jeder Aufenthaltsort** des Pflegebedürftigen, soweit er **keine stationäre Pflegeeinrichtung** iSd Abs. 4 ist. Das ergibt sich aus dem leistungrechtlichen Anspruch des Pflegebedürftigen in seiner Ausgestaltung durch § 36, dessen leistungserbringungsrechtlicher Umsetzung § 71 dient und der deshalb für die Auslegung von § 71 maßgebend ist. Bestimmend für diesen Anspruch ist der weitere Begriff der **häuslichen Pflege** und die – mit dem 1. SGB XI-ÄndG eingefügte – Klarstellung durch dessen Abs. 1 S. 2 Hs. 1 nunmehr Abs. 4 S. 1 Hs. 1. Danach sind Leistungen der häuslichen Pflege „auch

zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden“ (vgl. zum weiten Haushaltsbegriff auch BSG 29.4.1999 – B 3 P 11/98 R, RdLH 1999, 121 = BeckRS 1999, 30057626). **Ausgeschlossen** sind ambulante Leistungen nach § 36 Abs. 4 S. 1 Hs. 2 hingegen, „wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung iSd § 71 Abs. 4 gepflegt werden“; auf der anderen Seite wird **Kurzzeitpflege** nur in stationären Einrichtungen und nicht **im häuslichen Wohnbereich** des zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen erbracht (BSG 18.2.2016 – B 3 P 2/14 R, SozR 4–3300 § 42 Nr. 1 = BeckRS 2016, 69364). Aus dem Begriff **Wohnung** in Abs. 1 ergibt sich kein sachlicher Unterschied (so auch BeckOGK/Schmidt Rn. 9; Hauck/Nofzt/Groth Rn. 15 f.; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 20). Abgrenzungsfragen können insoweit beim Aufenthalt in **Altersheimen** oder Ähnlichem bestehen. Auch in solchen Einrichtungen können Pflegebedürftige nach den Gesetzesmaterialien einen eigenen Haushalt unterhalten (vgl. BT-Drs. 12/5262, 133, 112 zu § 33). Voraussetzung für die Annahme eines in diesem Sinne eigenen Haushalts ist indes ein hinreichendes Maß an **Selbstbestimmung** des Pflegebedürftigen unter räumlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten (so zutreffend LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 10). An ihr **fehlt es**, wenn der Pflegebedürftige entweder rechtlich oder tatsächlich auch hinsichtlich der hauswirtschaftlichen Versorgung **vollständig** auf die Inanspruchnahme von Leistungen eines Pflegedienstes oder des Einrichtungsträgers angewiesen ist und von einer eigenen Haushaltsführung nicht mehr gesprochen werden kann. Das entspricht auch der Grenzziehung in § 38a Abs. 1 Nr. 4, nach der ein Anspruch auf den Zuschlag nach dieser Vorschrift ausgeschlossen ist, wenn eine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen (vgl. dazu nur BSG 10.9.2020 – B 3 P 3/19 R, SozR 4–3300 § 38a Nr. 5 = SGB 2021, 576 mAnm Reimer = BeckRS 2020, 33208).

2. Leistungsinhalt

Ambulante Pflegeleistungen erbringt ein Pflegedienst nach § 71 Abs. 1, soweit **6** dieser Pflegebedürftige „mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36“ versorgt. Damit ist Bezug genommen auf die Leistungsgegenstände, die Pflegebedürftige bei **häuslicher Pflege** nach § 36 als **Pflegesachleistung** der sozialen Pflegeversicherung beanspruchen können. **Abzugrenzen** ist das in zwei Richtungen. Keine Pflegeleistungen in diesem Sinne sind zum einen Leistungen der **Hilfe zur Pflege** nach § 61 SGB XII, soweit Pflegebedürftigkeit voraussichtlich nicht für mindestens sechs Monate besteht (vgl. § 14 Abs. 1 S. 3 SGB XI) und keine vorrangigen anderweitigen Leistungen beansprucht werden können (vgl. zum fehlenden Erfordernis der Dauerhaftigkeit des Pflegebedarfs nach § 61a SGB XII jurisPK-SGB XII/Meßling § 61a Rn. 145). Dasselbe gilt zum anderen für **Leistungen der Behandlungspflege** nach § 37 Abs. 2 SGB V, die in die Verantwortung der **Krankenkasse** fallen (vgl. hierzu letzters BSG 26.3.2021 – B 3 KR 14/19 R, BSGE 132, 77 = SozR 4–2500 § 37 Nr. 16 = GuP 2021, 232 mAnm Michel; zum Gesamten → § 13 Rn. 8).

3. Leistungsbreite

Der Legaldefinition mit dem Verweis auf die Ansprüche nach § 36 immanent ist schließlich die Fähigkeit der Einrichtung, die hiervon erfassten Leistungen in der **gesamten Leistungsbreite** tatsächlich **erbringen zu können**; Einrichtungen, die das vorgesehene Leistungsspektrum mangels personeller oder sächlicher Ausstattung **7**

nicht vollständig erfüllen **können**, scheiden als potenzielle Leistungserbringer schon im Ansatz aus. Das erfordert ein **ausreichendes ambulantes Pflegeangebot** (ebenso BeckOGK/Schmidt Rn. 9 ff.; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 19) und die Befähigung, den **Pflegebedarf** des Versicherten in seiner gesamten Leistungsbreite fachlich qualifiziert abschätzen zu können; das bestätigt auch der Versorgungsauftrag nach § 72 Abs. 4 S. 2 Hs. 2. Danach können jedenfalls diejenigen Anbieter nicht als Erbringer ambulanter Pflegeleistungen qualifiziert werden, die dem **Gegenstand nach nur einen Teil** der im Tagesablauf anfallenden Hilfeleistungen bei den Verrichtungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen können. Deshalb sind Dienstleistungsunternehmen, die eine häusliche Versorgung mit warmen Mahlzeiten durchführen („Essen auf Rädern“) oder Reinigungsunternehmen, die allein die Wohnungen von Pflegebedürftigen sauber halten, keine Pflegeeinrichtungen iSd SGB XI (vgl. BT-Drs. 12/5262, 134; ebenso BeckOGK/Schmidt Rn. 11; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 2; Hauck/Noftz/Groth Rn. 17).

- 8 Fraglich ist hingegen, ob das ebenso für die **zeitliche Dimension der Leistungserbringung** gilt. Nach den Gesetzesmaterialien soll die Einrichtung den zeitlichen Anforderungen nur mit einem ausreichenden Früh-, Spät-, Wochenend- und Feiertagsdienst genügen, der eine Versorgung „rund um die Uhr“ gewährleisten kann (vgl. BT-Drs. 12/5262, 134). Hierzu zähle auch die Sicherstellung eines ausreichenden Früh-, Spät-, Wochenend- und Feiertagsdienstes (so auch: Maschmann SGB 1996, 49 (50)). Diese **Anforderungen** erscheinen **überzogen** und nach Wortlaut und Systematik nicht zwingend. Die strukturellen Mindestbedingungen für einen Pflegedienst müssen sich in erster Linie an den **Vorgaben des Leistungsrechts** ausrichten. Dieses lässt aber ohne Weiteres Mischformen von professioneller und ehrenamtlicher Pflege zu (§ 38) sowie auch Kombinationen von teilstationärer Pflege und häuslicher Pflegehilfe (§ 41 Abs. 3). Hieraus kann sich ein Bedürfnis für Pflegedienste ergeben, die **in zeitlicher Hinsicht nur Teilbereiche** abdecken, etwa ausschließlich Tages-, Nacht oder Wochenendpflege betreiben. Kann eine derartige Einrichtung innerhalb ihres Tätigkeitsbereichs auf jederzeit einsetzbare Pflegekräfte zurückgreifen und kann sie auch mit einem solchen Angebot – bei entsprechend angepasster Vergütung – am Markt bestehen, dürfte sie auf der Grundlage des geltenden Rechts nicht schlechterdings aus dem Kreis möglicher Leistungserbringer ausgeschieden werden können (aA LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 6: Teilangebot sei bedenklich im Hinblick auf Leistungsfähigkeit gem. § 72 Abs. 3 S. 1 Nr. 1).

V. Ambulante Betreuung (Abs. 1a)

- 9 Richtet sich das Leistungsangebot einer ambulanten Pflegeeinrichtung nicht auf die häusliche Pflegehilfe in deren gesamter Breite iSv § 36 Abs. 1 S. 1, sondern ausschließlich auf die pflegerische Betreuung, können diese Leistungen seit der Ergänzung des § 71 durch das TSVG (→ Rn. 1) von **ambulanten Betreuungseinrichtungen** nach Abs. 1a erbracht werden. Vorläufer hierfür waren Betreuungsdienste, die im Rahmen von Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung gemäß § 125 idF des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) an der Versorgung beteiligt werden konnten, um insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung zu erbringen (§ 125 Abs. 1 S. 2 idF des PNG). Nach der Auswertung des Modellvorhabens (vgl. Leitfaden für den GKV-Spitzenverband, Pflegerische Betreuungsmaßnahmen in der Praxis, 2020, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/03-2018_Pflege_125-SGBXI_Abschlussbericht_final_format_angepasst.pdf; recher-

chert am 21.10.2023) soll diese Versorgungsform in die Regelversorgung überführt werden (vgl. BT-Drs. 19/6337, 152 f.).

Zu den Pflegeeinrichtungen iSv § 71 rechnen demgemäß nunmehr als **Betreuungsdienste** auch solche ambulanten (Betreuungs-) Einrichtungen, „**die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen**“ (§ 71 Abs. 1a Hs. 1). Abweichend vom Grundmodell der ambulanten Pflegeeinrichtung hat ein Betreuungsdienst hiernach nicht alle drei Teilbereiche der Pflegesachleistung iSv § 36 – körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung – abzudecken, sondern neben den Hilfen bei der Haushaltsführung allein die **pflegerischen Betreuungsmaßnahmen**. Das sind nach der Legaldefinition des § 36 Abs. 2 S. 3 idF des PSG II (→ Rn. 1) Unterstützungsleistungen zur **Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens** im häuslichen Umfeld, insbesondere

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

Von dieser **Konzentration auf pflegerische Betreuungsaufgaben** verspricht sich der Gesetzgeber Vorteile bei der Erweiterung der Fachkräftebasis im ambulanten Bereich sowie der Kapazitäten zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung für Pflegebedürftige insbesondere in unterversorgten Regionen (vgl. BT-Drs. 19/6337, 152 f.). Dazu beitragen soll auch und nicht zuletzt, dass die Leitung eines Betreuungsdienstes nicht ausschließlich ausgebildeten Pflegefachkräften nach Maßgabe der (strengen) Anforderungen des Abs. 3 (→ Rn. 28) vorbehalten ist, sondern auch einer sonst entsprechend qualifizierten Fachkraft übertragen werden kann (Abs. 3 S. 3 und 6; → Rn. 30).

VI. Stationäre Pflege (Abs. 2)

Einrichtungen erbringen stationäre Pflegeleistungen iSd § 71, soweit dort gem. Abs. 2 Pflegebedürftige gepflegt und entweder vollstationär oder teilstationär untergebracht und verpflegt werden können und der Einrichtungszweck auch nach Maßgabe von Abs. 4 vorrangig Pflegezwecken iSd SGB XI dient. Danach ist eine Einrichtung nach **Leistungsort, Leistungsgegenstand, Leistungsbreite und Leistungszweck** wie folgt als Erbringerin von stationären Leistungen qualifiziert:

1. Leistungsort

Stationäre Leistungen werden in vollstationären wie auch teilstationären Einrichtungen erbracht (Abs. 2 Nr. 2), die das Gesetz an anderer Stelle (§§ 82, 84 ff.) auch als Pflegeheime bezeichnet. **Vollstationäre Pflege** kann sowohl auf Dauer (§ 43) als auch vorübergehend (als sog. Kurzzeitpflege, § 42; vgl. BSG 18.2.2016 – B 3 P 2/14 R, SozR 4–3300 § 42 Nr. 1 Rn. 22 = BeckRS 2016, 69364) gewährt werden. Während der Pflegebedürftige bei der vollstationären Pflege seinen eigenen Haushalt aufgibt und in der Pflegeeinrichtung „rund um die Uhr“ betreut wird, kehrt er bei der teilstationären Pflege für einen Teil des Tages wieder in seinen Haushalt zurück. Die **teilstationäre Pflege** soll als Nacht- oder Tagespflege möglich sein; derzeit sind Nachtpflegeeinrichtungen allerdings kaum vorhanden.

2. Leistungsgegenstand

- 14 Gegenständlich erfassen stationäre Pflegeleistungen 1. Pflegeleistungen nach Abs. 2 Nr. 1 und 2. Leistungen für Unterbringung und Verpflegung nach Abs. 2 Nr. 2. Hinsichtlich des Pflegeteils ist damit auf die leistungsrechtlichen Vorschriften der §§ 41, 43 Bezug genommen; stationär „gepflegt“ iSv Abs. 2 Nr. 1 werden Pflegebedürftige, soweit diejenigen Leistungen erbracht werden, die sie **leistungsrechtlich** von der sozialen Pflegeversicherung beanspruchen können. Insoweit reicht das Leistungsspektrum im stationären Bereich **weiter** als bei der ambulanten Pflege (dazu → Rn. 6). Zusätzlich zu den Leistungen der Grundpflege sind hierin auch Leistungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege eingeschlossen (vgl. dazu → § 84 Rn. 9 f. und → § 43 Rn. 11).

3. Leistungsbreite

- 15 Immanentes Tatbestandsmerkmal der Legaldefinition ist schließlich die **Fähigkeit**, die von Abs. 2 umfassten Leistungen der pflegerischen Versorgung sowie von Unterkunft und Verpflegung in der gesamten Leistungsbreite tatsächlich auch **erbringen zu können**; insoweit gelten die an die ambulanten Pflegeeinrichtungen gestellten Anforderungen entsprechend (→ Rn. 7).

4. Pflegerischer Leistungszweck (Abs. 4)

- 16 Pflegeeinrichtung ist eine stationäre Einrichtung ihrem **Leistungszweck** nach nur, wenn die **Pflege nach dem SGB XI im Vordergrund steht**. Das ist nach Abs. 4 nicht der Fall bei:
1. Einrichtungen, in denen 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 stehen (Nr. 1),
 2. Krankenhäusern (Nr. 2) sowie
 3. Räumlichkeiten, in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht (Nr. 3).

Diese Grenzziehung geht zurück auf das 1. SGB XI-ÄndG (→ Rn. 1), das damit die Leistungen bei stationärer Pflege nach dem SGB XI auf den Kreis der **altersgebrechlichen Pflegebedürftigen** beschränken wollte. Aus Sicht des Gesetzgebers war das eine der wichtigsten Regelungen beim Übergang zur 2. Stufe der Pflegeversicherung mit der Einbeziehung der Leistungen bei stationärer Pflege zum 1.7.1996. Die Regelung soll demgemäß eine „klare Trennung“ ziehen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und „anderen Einrichtungen, in denen zwar im Einzelfall auch Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens erbracht werden, die jedoch nach ihrer Grundausrichtung einem anderen Zweck als dem der Pflege dienen“ (vgl. BT-Drs. 13/3696, 15).

- 17 Andere Versorgungszwecke in diesem Sinne rechnete die Regelung in der Ursprungsfassung des 1. SGB XI-ÄndG insoweit insbesondere **Krankenhäusern, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen, Werkstätten und Wohnheimen für behinderte Menschen sowie Kindergärten, Schulen und Internaten** zu (zur Entstehungsgeschichte vgl. auch BSG 26.4.2001 – B 3 P 11/00 R, SozR 3–1100 Art. 3 Nr. 169 S. 140, 142 ff. = BeckRS 2001, 30177214). **Unproblematisch** daran war seit jeher der Ausschluss von Einrichtungen, die auf die Überwindung von Krankheiten im Krankenhaus iSv § 107 SGB V (dazu jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 41 mwN) oder in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zielen; allerdings können Krankenhäuser selbstständig wirtschaftende Pflegeabteilungen unterhalten, die als Pflegeeinrichtungen iSd Abs. 2 anzusehen sind.

Schwieriger und schon im ursprünglichen Gesetzgebungsverfahren umstritten war und ist dagegen die Abgrenzung zu **Leistungen der Eingliederungshilfe für die Pflege von Menschen mit Behinderungen**, nach der Rechtslage bis zum 31.12.2020 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen (dazu BSG 20.4.2016 – B 3 P 1/15 R, SozR 4–3300 § 45b Nr. 2 Rn. 22 ff. = BeckRS 2016, 70648); insoweit machte der Bundesrat seine Zustimmung vor allem von einer Beteiligung der Pflegekassen an den dort erbrachten Pflegeleistungen abhängig, wozu die **Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen** nach § 43a eingeführt wurde (vgl. BR-Drs. 228/1/96, 3 f.; s. auch BSG 13.3.2001 – B 3 P 17/00 R, SozR 3–3300 § 43a Nr. 3 S. 3, 5 = BeckRS 2001, 40988). Nach dessen zuletzt bis zum 31.12.2019 geltender Fassung hatten die Pflegekassen demgemäß für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der iSv § 71 Abs. 4 aF die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stand, zur Abgeltung der Aufwendungen nach § 43 Abs. 2 bis zur Grenze von 266 EUR 10 % (nunmehr 15 %) des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts zu übernehmen (zur Rechtslage nach altem Recht vgl. zuletzt BSG 11.11.2021 – B 3 P 2/20 R, BSGE 133, 141 = SozR 4–3300 § 43a Nr. 2 = BeckRS 2021, 39886).

Dieses Gefüge hat zum 1.1.2020 insofern eine Änderung erfahren, als der Gesetzgeber den **Einrichtungsbegriff der Eingliederungshilfe** mit dem BTGH vom 23.12.2016 (BGBl. I 3234) beim Übergang zur **personenzentrierten Leistungserbringung** (vgl. nur BT-Drs. 18/9522, 2, 4) aufgegeben hat. Infolgedessen kann die Abgrenzung zu den Leistungsansprüchen nach dem SGB XI im Verhältnis zur Eingliederungshilfe nicht mehr an die Organisation der Leistungserbringung anknüpfen, sondern muss auf Merkmale des Leistungsbezugs selbst abstellen. Für die Zuordnung zur **vollstationären (Alten-)Pflege** iSd Abs. 2 ändert das wenig, weil der Zugang zu dieser Versorgung schon bisher nur Einrichtungen offenstand, die nicht vorrangig auf Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen ausgerichtet waren (vgl. Abs. 4 aF: „Einrichtungen, in denen die Leistungen (...) zur Teilhabe im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen“); insoweit verbleibt es bei den Abgrenzungsfragen wie bisher (→ Rn. 21). Anders liegt es hingegen bei den Leistungen der Eingliederungshilfe selbst und der Frage, ob sie **ambulant bezogen werden** und demzufolge bei Pflegebedürftigkeit ergänzend Leistungen der häuslichen Pflege nach den §§ 36 ff. beansprucht werden können oder ob sie einer **vollstationären Leistungserbringung gleichstehen** und pflegebedürftige Versicherte demnach auf die pauschalierenden Leistungen nach § 43a verwiesen sind. Mit Blick insbesondere hierauf ist die Regelung des Abs. 4 durch das PSG III und sodann das PpSG (→ Rn. 1) umgestaltet und insbesondere im Verlauf der Ausschussberatungen um Vorgaben ergänzt worden, die Kriterien für die Abgrenzung zwischen einer ambulanten und der einer stationären Versorgung ähnlichen Eingliederungshilfe geben sollen (vgl. BT-Drs. 18/9518, 72; zu den Ausschusserwägungen vgl. BT-Drs. 18/10510, 112 f.).

Bezogen auf Leistungen **außerhalb von Einrichtungen iSv Abs. 4 Nr. 1** grenzt Abs. 4 Nr. 3 demgemäß unter **lit. a und b** zunächst die **(Alten-)Pflege dem Leistungszweck nach von der Eingliederungshilfe** ab. Nicht der Pflege nach dem SGB XI zuzuordnen sind danach Leistungen in „Räumlichkeiten,

- a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht, [und]
- b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet.

Handelt es sich um solche Leistungen, bestimmt sich nach **lit. c** die Abgrenzung zwischen **ambulanter und einer der vollstationären Leistungserbringung gleichstehenden Versorgung**. Letztere ist demgemäß nur in Räumlichkeiten iSv lit. a und b gegeben,

„c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.“

- 20 **Änderungen in der Sache** gegenüber der Rechtslage bis zum 31.12.2019 **sind damit nicht intendiert** (ebenso Hauck/Noftz/Groth Rn. 71). Ausdrücklich soll die Neugestaltung im Bereich der Eingliederungshilfe keine Verschiebung der Leistungspflichten im Verhältnis zur Pflegeversicherung nach sich ziehen (vgl. bereits BT-Drs. 18/951, 66 f. zur Neufassung von § 13 Abs. 3 S. 3 sowie BT-Drs. 18/951, 69 zu § 43a und BT-Drs. 18/951, 72 zu § 71; zur Anpassung des § 43a nF an die Terminologie der vorhergehenden Fassung vgl. BT-Drs. 18/10510, 19, 109). Das bestätigen nicht zuletzt die im Verlaufe der Ausschussberatungen eingefügten Vorgaben zur Abgrenzung zwischen **ambulant und der vollstationären Leistungserbringung gleichstehenden Versorgung** in Abs. 4 Nr. 3 lit. c. Sie machen mit dem Merkmal **der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entsprechenden Gesamtversorgung** deutlich, dass die überkommene **Grenzziehung** – (Alten-)Pflege einerseits und stationäre Eingliederungshilfe andererseits – ungeachtet der Neuausrichtung der Eingliederungshilfe **bestehen bleiben** soll (zu den Motiven insoweit vgl. BT-Drs. 18/10510, 112 f.).

- 21 Wie bisher ist deshalb zu ermitteln, welcher **Versorgungszweck jeweils im Vordergrund** steht. Maßgebend dafür ist eine quantitativ-qualitative Betrachtung, die auf den **überwiegenden Leistungszweck** der Einrichtung abstellt. Der vom Gesetzgeber verfolgten Abgrenzung zwischen dem von der Gemeinschaft der Pflegeversicherten zu tragenden Pflegerisiko und dem – bei Bedürftigkeit – als Leistung der **Eingliederungshilfe** von der Allgemeinheit zu tragenden Risiko von Behinderung dürfte nur gerecht zu werden sein, wenn auf den in der Einrichtung **überwiegend versorgten Personenkreis** und auf dessen **vordringlichen Bedarfe** und die daraus erwachsenden **Leistungsansprüche** abgestellt wird. Richten sich diese überwiegend auf Leistungen der medizinischen, beruflichen sowie sozialen Teilhabe iSd SGB IX, liegt der Versorgungszweck im Schwerpunkt nicht im Bereich der Pflege iSd SGB XI. Richten sich die Ansprüche hingegen vorwiegend auf Leistungen der Pflege einschließlich der aktivierenden Pflege sowie der sozialen Betreuung, fällt die Einrichtung dem Leistungszweck nach in den Verantwortungsbereich der sozialen Pflegeversicherung. Dabei dürfte die erklärte Ausrichtung der Einrichtung als Abgrenzungskriterium nur dann geeignet sein, wenn sie dem **tatsächlichen Betreuungsbedarf** der Bewohner **gerecht** wird; andernfalls würde die vom Gesetzgeber bezweckte Risikobegrenzung **unzulässig unterlaufen**.

5. Abgrenzungsrichtlinie (Abs. 5)

- 22 Durch das PSG III und sodann das PpSG (→ Rn. 1) hat der Gesetzgeber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorgegeben, zur Förderung einer einheitlichen Rechtsanwendung Richtlinien zu erlassen zur **näheren Abgrenzung, wann die in Abs. 4 Nr. 3 Buchst. c in der ab dem 1.1.2020 geltenden Fassung genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen** sind (Abs. 5 S. 1). Gestützt darauf hat der

GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Pflegekassen (§ 53 S. 1) am 11.11.2019 eine entsprechende Richtlinie beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinien im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales am 18.12.2019 genehmigt (vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien___vereinbarungen___formulare/rahmenvertraege___richtlinien_und_bundesempfehlungen/2019_12_18_Richtlinien_71_Abs._5_Genehmigung.pdf).

VII. Organisationsstruktur

Der Einrichtungsbegriff impliziert ein **Mindestmaß an Organisationsstruktur**, die jedenfalls über die Existenz einzelner Pflegekräfte hinaus geht (vgl. BSG 18.2.2016 – B 3 P 2/14 R, SozR 4–3300 § 42 Nr. 1 Rn. 23 = BeckRS 2016, 69364; Schulin PV-HdB/Neumann § 20 Rn. 11; BeckOGK/Schmidt Rn. 7; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 12). Voraussetzung dafür ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiter in der Lage ist, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen in ihrem Einzugsbereich zu gewährleisten (zur zeitlichen Dimension bei ambulanten Pflegediensten vgl. näher → Rn. 7). Leitbild sind herkömmliche **Sozialstationen** in freigemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft; umfasst sind jedoch ebenso private Pflegedienste, sofern diese eine vergleichbare Organisation aufweisen. § 72 Abs. 3 S. 1, wonach Versorgungsverträge mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden dürfen, die den Anforderungen des § 71 genügen **und** (zusätzlich) die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten, könnte den Schluss zulassen, dass die letztgenannten Voraussetzungen im Rahmen des § 71 Abs. 1 nicht zwingend erforderlich sind. Die Begründung des FraktE (BT-Drs. 12/5262, 133 unten und 134) macht indes deutlich, dass an einen solchen Schluss nicht gedacht worden ist und die zusätzlichen Voraussetzungen in § 72 Abs. 3 S. 1 eher im Sinne einer **Betonung** zu verstehen sind. 23

VIII. Selbstständiges Wirtschaften

Befähigt zur Teilnahme am Versorgungsgeschehen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung sind nach ausdrücklicher Regelung von Abs. 1 und 2 nur solche Einrichtungen, die **selbstständig wirtschaften**. Grund dafür ist ua das Bestreben, auch solche Einrichtungen in die Versorgung einzubeziehen, die in erster Linie Gesundheitsleistungen erbringen (Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen). Für den ambulanten Bereich sollen auch Einrichtungen aktiviert werden, die vornehmlich andere Formen der Pflege betreiben (zB Alten- und Pflegeheime, die ambulante Pflegedienste unterhalten). Hierin sieht der Gesetzgeber die Chance, dass derartige Einrichtungen aufwändige Regiekosten ersparen und ihre Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich in der stationären Pflege bzw. die Erfahrung aus stationären Pflegeeinrichtungen in der ambulanten Pflege nutzbar machen können. Möglich ist eine solche Einbeziehung von Leistungserbringern aus anderen Leistungsbereichen aber nur, wenn eine **Vermengung der unterschiedlichen Aufgaben- und Finanzierungsverantwortlichkeiten** (Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung, Sozialhilfe ua) vermieden wird (vgl. BT-Drs. 12/5262, 134; Hauck/Noftz/Groth Rn. 29 f.; Schulin PV-HdB/Neumann § 20 Rn. 12). Das erfordert gesonderte wirtschaftliche Einheiten für die Zwecke der sozialen Pflegeversicherung. 24

- 25 Vor diesem Hintergrund wirtschaftet eine Pflegeeinrichtung **selbstständig**, soweit die Pflegeleistungen in einer von anderen Leistungszwecken **wirtschaftlich gesonderten** Einheit erbracht werden. Das bedeutet **nicht**, dass in der Einrichtung ausschließlich nur Pflegebedürftige betreut bzw. nur Pflegeleistungen im Haushalt der Pflegebedürftigen erbracht werden dürfen. Unterhält ein Einrichtungsträger **unterschiedliche Tätigkeitsbereiche**, so muss er sie aber **wirtschaftlich und organisatorisch selbstständig führen**, wobei Personalausleihe durchaus zulässig und eine räumliche Trennung nicht erforderlich ist. Die Vorgabe der wirtschaftlichen Unabhängigkeit ist mit dem **KHG** abgestimmt; vgl. § 6 Abs. 3 KHG, der auf Art. 17 Nr. 1 PflegeVG zurückgeht. **Buchhalterische Grundlage** der wirtschaftlich und finanziell getrennten Führung unterschiedlicher Betriebsbereiche sind Rechnungs- und Buchführungspflichten, die in der auf § 83 Abs. 1 Nr. 3 beruhenden **Pflege-Buchführungsverordnung** vom 22.11.1995 (BGBl. I 1528) im Einzelnen geregelt sind.

IX. Verantwortliche Fachkraft (Abs. 3)

- 26 Zulassungsfähig als Pflegeeinrichtung iSv § 71 ist eine Einrichtung nach Abs. 2 Nr. 1 schließlich nur, soweit die Pflegeleistungen **unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Fachkraft** nach Maßgabe der Anforderungen nach Abs. 3 stehen.

1. Funktion

- 27 Vorbild der Anforderungen nach Abs. 2 Nr. 1 sind die Regelungen der § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V, § 15 Abs. 2 S. 1 SGB VI, wonach die Versorgung in **Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen** unter ständiger „ärztlicher Verantwortung“ zu stehen hat. Dies soll verdeutlichen, dass – anders als nach § 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V für Krankenhäuser vorgeschrieben – nicht der Betrieb von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen als solcher eine ärztliche Leitung erfordert, sondern die **Versorgung der Versicherten** unter ärztlicher Verantwortung stehen muss (vgl. BT-Drs. 11/3480, 60 zu § 115 SGB V). Voraussetzung dafür ist nach der Rspr. des BSG, dass die in der Einrichtung erbrachten Leistungen einschließlich derjenigen des nichtärztlichen Personals **allgemein ihrer Art nach ärztlich bestimmt werden** (vgl. BSG 27.11.1990 – 3 RK 17/89, BSGE 68, 17 (18) = SozR 3–2200 § 184a Nr. 1 S. 3 = BeckRS 1991, 40300 und BSG 3.3.1994 – 1 RK 8/93, SoSi 1995, 276 = BeckRS 1994, 31033633). Hieraus hat das BSG abgeleitet, dass die Versorgung in einer **Pflegeeinrichtung** nur dann unter ständiger Verantwortung iSv Abs. 2 Nr. 1 steht, wenn eine verantwortliche Pflegefachkraft die den einzelnen Heimbewohnern zukommenden Pflegeleistungen zumindest in **den Grundzügen selbst festlegt**, ihre **Durchführung organisiert** und ihre **Umsetzung angemessen kontrolliert** (BSG 22.4.2009 – B 3 P 14/07 R, BSGE 103, 78 = SozR 4–3300 § 71 Nr. 1 = BeckRS 2009, 67114). Das gebietet zwar nicht notwendig die **Trennung von Heimleitung und Pflegedienstleitung**. Auch müssen nicht die Pflegeleistungen selbst ganz oder auch nur überwiegend von einer Pflegefachkraft iSv Abs. 3 erbracht werden. Jedoch muss die Einrichtung gewährleisten, dass die bezeichneten Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft durch Fachkräfte mit der Qualifikation nach Abs. 3 wahrgenommen werden können. Genügt die Umsetzung diesen Anforderungen nicht, fehlt es an der notwendigen Eignung zur Teilnahme an der Versorgung der Versicherten (BSG 22.4.2009 – B 3 P 14/07 R, BSGE 103, 78 = SozR 4–3300 § 71 Nr. 1 = BeckRS 2009, 67114; zustimmend Hauck/Noftz/Groth Rn. 33 f.; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 16).

2. Anerkennungsvoraussetzungen (Abs. 3)

Der Gesetzgeber hat den Begriff „Pflegefachkraft“ durch Anfügung des Abs. 3 28 im 1. SGB XI-ÄndG (vgl. → Rn. 1) für die soziale Pflegeversicherung eigenständig definiert. **Abs. 3 S. 1** enthält bei stationären Pflegeeinrichtungen **zwei Voraussetzungen**: Zum einen den Abschluss der Ausbildung in einem der aufgeführten Berufe und zum anderen praktische Erfahrung in dem erlernten Beruf. Abs. 3 S. 1 enthält insoweit wesentlich großzügigere Zeitgrenzen als die noch vor Verabschiedung des 1. SGB XI-ÄndG vereinbarten gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80. Der Gesetzgeber wollte hierdurch vor allem den Wiedereinstieg von Frauen in Pflegeberufe nach der Kindererziehungsphase fördern (vgl. BT-Drs. 13/3696, 15; zur nochmaligen Verlängerung der Fristen auf nunmehr acht Jahre durch das PNG, vgl. → Rn. 1, s. BT-Drs. 17/9369, 44 f.). **Abs. 3 S. 2** stellt bei **ambulanten Pflegeeinrichtungen**, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, bestimmte sozialpädagogische Berufe, nämlich nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspfleger (-innen) und Heilerzieher (-innen), bei Vorliegen einer entsprechenden berufspraktischen Erfahrung den in S. 1 genannten Pflegeberufen gleich (zu Einzelheiten vgl. jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 29 ff.; Hauck/Noftz/Groth Rn. 52 ff.).

3. Verfahrensfragen

Obwohl der Terminus „Anerkennung“ in Abs. 3 S. 1 das Gegenteil nahe legt, 29 sind Verfahrensfragen in § 71 nicht geregelt. Im Verhältnis zwischen Einrichtung und Pflegekassen ist die Erfüllung der Voraussetzungen des § 71 eine Voraussetzung unter anderen für die Zulassung zur Pflegeversorgung nach § 72 (vgl. BSG 18.5.2011 – B 3 P 5/10 R, SozR 4–3300 § 71 Nr. 2 Rn. 29 f. = BeckRS 2011, 75545). Deshalb beurteilen sich Rechtsschutzmöglichkeiten in diesem Verhältnis nicht anders als nach den allgemeinen Regeln beim Abschluss und der Kündigung von Versorgungsverträgen sonst (dazu → § 72 Rn. 18 und → § 73 Rn. 4 ff.). Schwieriger liegt es dagegen, soweit Pflegefachkräfte selbst im Zuge etwa anstehender Bewerbungen ihren Status geklärt sehen möchten. Insoweit besteht jedenfalls Einigkeit, dass § 71 Abs. 3 keinen Anspruch auf formelle Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft gewährt (vgl. BSG 18.5.2011 – B 3 P 5/10 R, SozR 4–3300 § 71 Nr. 2 Rn. 28 ff. = BeckRS 2011, 75545; Hauck/Noftz/Groth Rn. 40 f.; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 37). Ein solcher Anspruch kann schon deshalb nicht bestehen, weil die Frage nach der Einhaltung der Rahmenfrist für die notwendige Berufserfahrung nach Abs. 3 S. 1 immer nur zeitgebunden zu beantworten ist und deshalb eine dauerhafte Statusentscheidung schon materiell-rechtlich nicht erteilt werden kann. Das BSG hat ausgebildeten Pflegefachkräften indes einen Auskunftsanspruch gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen dahin zugestanden, ob sie gegenwärtig die Voraussetzungen für die Ausübung dieser Leitungsfunktion erfüllen (BSG 18.5.2011 – B 3 P 5/10 R, SozR 4–3300 § 71 Nr. 2 Rn. 36 = BeckRS 2011, 75545). An der Kritik hiergegen ist richtig, dass § 71 Abs. 3 seinem Wortlaut nach keine subjektiven Verfahrensrechtspositionen für potenzielle Bewerber um Stellen für verantwortliche Pflegefachkräfte begründet (in diesem Sinne Hauck/Noftz/Groth Rn. 40; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 38). Unter Berücksichtigung der grundrechtlichen Implikationen der Regelung erscheint dies indes zwingend. § 71 Abs. 3 begründet eine öffentlich-rechtliche Zugangshürde für jeden, der sich bei einer jedenfalls auch mit Mitteln der sozialen Pflegeversicherung betriebenen Pflegeeinrichtung als verantwortliche Pflegefachkraft bewerben möchte und verleiht den Pflegekassen die Rechtsmacht, über die Erfüllung dieser Voraussetzungen abschließend zu entscheiden. Auch wenn darüber formal ausschließlich im Verhältnis zu den Einrichtungen entschieden wird, hat das

für die Stellenbewerber selbst objektiv berufsregelnde Tendenz iSd Rspr. des BVerfG zu Art. 12 Abs. 1 GG (vgl. dazu BVerfG 13.7.2004 – 1 BvR 1298/94 ua, BVerfGE 111, 191 (213) = BeckRS 2004, 25203). Den Bewerbern in dieser Lage jeden Rechtsschutz gegen eine (auch) für sie ungünstige Entscheidung der Pflegekassen zu versagen, erscheint nach dem Maßstab des Art. 19 Abs. 4 GG schwer vertretbar.

4. Verantwortliche Fachkraft für Betreuungsdienste (Abs. 3 S. 3)

- 30 Abweichend von den Anforderungen an die Leitung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen kann bei Betreuungsdiensten gem. Abs. 3 S. 3 anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft auch eine **entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft** mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. Das beruht auf der Einschätzung, dass für die verantwortliche Leitung eines Betreuungsdienstes unterschiedliche Ausgangsqualifikationen in Betracht kommen, vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich. Damit könne die Versorgung Pflegebedürftiger mit Betreuungsleistungen auf eine breitere fachliche und damit auch personelle Basis gestellt werden (vgl. BR-Drs. 504/18, 179). Dies können zum Beispiel auch Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten sein. Dem Leistungsspektrum der Dienste entsprechend kommen somit unterschiedliche Ausgangsqualifikationen für die verantwortliche Fachkraft in Betracht. Die Eignung der verantwortlichen Fachkraft ist im Zulassungsverfahren zu prüfen.

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) ¹Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). ²In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(2) ¹Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist; für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) einschließlich für einzelne, eingestreute Pflegeplätze eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann, insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden. ²Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich. ³Bei Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste zu beachten.

(3) ¹Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

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

ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt.² Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden.³ Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen ressourcenschonend und effizient zu erbringen sind.

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

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

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

²Zur Entlohnung im Sinne dieses Gesetzes zählen

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

³Pflegetypische Zuschläge im Sinne von Satz 2 Nummer 6 sind Nachtzuschläge, Sonntagszuschläge und Feiertagszuschläge. ⁴Diese sind von den Pflegeeinrichtungen im Fall von Satz 1 Nummer 4 unter den folgenden Voraussetzungen zu zahlen:

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

⁵Die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen haben die Entlohnung im Sinne von Satz 1, soweit mit ihr die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift erfüllt werden, in Geld zu zahlen. ⁶Tritt im Fall von Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Änderung im Hinblick auf die in dem jeweiligen Tarifvertrag oder in den jeweiligen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Entlohnung ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Anpassungen der von ihnen gezahlten Entlohnung spätestens innerhalb von zwei Monaten vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde. ⁷Erhöhen sich im Fall von Satz 1 Nummer 4 die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, haben die Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, die höhere Entlohnung im Zeitraum ab dem 1. Dezember 2022 spätestens ab dem 1. Februar 2023, nach dem 1. Februar 2023 jeweils spätestens ab dem 1. Januar des Jahres, das auf die Veröffentlichung der Werte nach § 82c Absatz 5 folgt, zu zahlen. ⁸Zur Erfüllung der Vorgaben von Satz 1 Nummer 4 sind im Zeitraum vom 1. September 2022 bis zum 31. Januar 2023 die aufgrund der Mitteilung nach Absatz 3e in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung und auf der Grundlage von § 82c Absatz 5 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung veröffentlichten regional üblichen Entgelt-niveaus in drei Qualifikationsgruppen und pflegetypischen Zuschläge nach den Sätzen 3 und Satz 4 maßgebend.

(3c) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien, erstmals bis zum Ablauf des 30. September 2021, das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Absätze 3a und 3b sowie zu den nach Absatz 3e Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Angaben fest. ²In den Richtlinien ist auch festzulegen, welche Folgen eintreten, wenn eine Pflegeeinrichtung ihre Mitteilungspflicht nach Absatz 3d Satz 2 oder Absatz 3e nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllt. ³Die in den Richtlinien vorgesehenen Folgen müssen verhältnismäßig sein und im Einzelfall durch den jeweiligen Landesverband der Pflegekassen gegenüber der Pflegeeinrichtung verhältnismäßig angewendet werden. ⁴Bei der Festlegung hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der

Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen.⁵Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt.⁶Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.⁷Die Richtlinien sind für die Pflegekassen und ihre Verbände sowie für die Pflegeeinrichtungen verbindlich.

(3d) ¹Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen des Absatzes 3a oder des Absatzes 3b mitzuteilen,

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

²Im Jahr 2022 sind alle Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen die in Satz 1 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung genannten Angaben spätestens bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 mitzuteilen.³Die Mitteilung nach Satz 2 gilt, sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht, als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung zum 1. September 2022.

(3e) ¹Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:

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

²Der Mitteilung ist die jeweils am 1. August des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen.³Tritt nach der Mitteilung nach Satz 1 eine Änderung im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen diese Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich die aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln.

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

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

(4) ¹**Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen.** ²**Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen.** ³**Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.**

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Zulassungserfordernis (Abs. 1 S. 1)	3
IV. Zulassungsvoraussetzungen (Abs. 3 iVm Abs. 3a und 3b)	4
1. Anforderungen nach § 71 (Abs. 3 S. 1 Nr. 1)	5
2. Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit (Abs. 3 S. 1 Nr. 2 Hs. 1)	6
3. Tariftreue und Tariforientierung (Abs. 3 S. 1 Nr. 2 Hs. 2 iVm Abs. 3a und Abs. 3b)	7
a) Rechtsentwicklung	7
b) Tarifbindung (Abs. 3a)	7b
c) Tariftreue und -orientierung (Abs. 3b)	7c
4. Qualitätssicherung und Coronaregelungen (Abs. 3 S. 1 Nr. 3–5) ..	9
5. Bedarfsunabhängigkeit (Abs. 3 S. 1 Hs. 2)	10
6. Trägervorrang (Abs. 3 S. 2)	11
V. Flankierende Regelungen zu Abs. 3a und 3b	12
VI. Versorgungsvertrag (Abs. 1)	15
1. Rechtsnatur	16
2. Vertragspartner (Abs. 2)	17
3. Regelungsgegenstand (Abs. 1 S. 2)	19
4. Rahmenvertragsgeltung	20
5. Rechtsschutz	21
VII. Rechtsfolgen der Zulassung (Abs. 4)	22
1. Verbindlichkeit (Abs. 2 S. 2)	23
2. Versorgungsauftrag (Abs. 4 S. 2)	24

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch **Art. 1 PflegeVG** eingeführt worden und folgte weitgehend dem FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 135 ff. zu § 81); aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurde lediglich Abs. 2 S. 1 geändert und in Abs. 3 S. 2 eingefügt (BT-Drs. 12/5920, 70 f.; zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 46). Durch das **1. SGB XI-ÄndG** vom 14.6.1996 (BGBl. I 830) wurden mWv 25.6.1996 in Abs. 1 S. 2 der in Klammern stehende Hinweis auf § 43 Abs. 2 ersetzt durch den Hinweis auf § 4 Abs. 2 und in Abs. 4 S. 2 der Hs. 2 mit dem Hinweis auf die Durchführung von Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 angefügt. Zudem wurde in Abs. 5 die Verpflichtung zur Führung einer Preisvergleichsliste

eingeführt, die nunmehr in § 7 Abs. 3 geregelt und näher ausgestaltet worden ist (zur Begr. vgl. BT-Drs. 13/3696, 15). Durch das **PQsG** vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) erhielt Abs. 3 S. 1 die grds. Struktur und wurde als Nr. 3 die Verpflichtung zur Durchführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements eingeführt. Zudem wurde die mit dem 1. SGB XI-ÄndG als Abs. 5 eingeführte Regelung in inhaltlich geänderter Form nach § 7 übertragen (zur Begr. vgl. BT-Drs. 14/5395, 28).

Mit dem **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mWv 1.7.2008 ist die Regelung – neben Weiterem wie der Möglichkeit des Abschlusses eines Versorgungsvertrags für mehrere Einrichtungen nach Abs. 2 S. 1 Hs. 2 sowie Abs. 3 S. 1 Nr. 4 mit der Verpflichtung, die Expertenstandards nach § 113a zu beachten – erstmals um Vorgaben zur **Vergütung der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen** als Voraussetzung für die Teilnahme an der pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI ergänzt worden, wozu in Abs. 3 S. 1 Nr. 2 die Anforderung eingefügt wurde, dass die Pflegeeinrichtungen eine ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen haben (zur Begr. vgl. BT-Drs. 16/7439, 67). Durch das **PNG** vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) sind mWv 30.10.2012 zum einen in Abs. 2 S. 1 die Wörter „örtlich und“ durch die Wörter „vor Ort“ ersetzt worden. Zum anderen ist in Abs. 3 S. 1 Nr. 2 nach dem Wort „zahlen“ ein Zusatz eingefügt worden, nachdem die Pflicht zur Zahlung ortsüblicher Gehälter nur gilt, „soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind“ (zur Begr. vgl. BT-Drs. 17/9369, 45). Durch Art. 1 Nr. 15a des **PSG III** vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) sind in Abs. 2 S. 1 nach „(§ 71 Abs. 1 und 2)“ die Wörter „einschließlich für einzelne, eingestreprte Pflegeplätze“ und nach dem Wort „kann“ die Wörter „insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen.“ eingefügt worden. Durch das **Terminservice und Versorgungsgesetz (TSVG)** vom 10.5.2019 (BGBl. I 646) ist Abs. 2 S. 3 mit Verweis auf bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste eingefügt worden. Durch das **Intensivpflege und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG)** vom 23.10.2020 (BGBl. I 2220) ist in Abs. 3 S. 1 als Nr. 5 die Verpflichtung der Einrichtung hinzugefügt worden, „die ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen zu ermöglichen“ (zur Begr. vgl. BR-Drs. 86/20, 41 f.).

Durch Art. 2 Nr. 21 des **Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG)** vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) hat der Gesetzgeber die **Anforderungen an die Entlohnung der Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen** als Voraussetzung für die – erstmalige oder weitere – Teilnahme an der Pflegeversorgung nach dem SGB XI nochmals angehoben und dazu mWv 20.7.2021 bzw. 1.9.2022 Abs. 3 neu gefasst und die Abs. 3a–3f eingefügt (vgl. BT-Drs. 19/30560, 66 f.; zum Hintergrund iE und der weiteren Entwicklung näher → Rn. 7 f.). Diese betreffen insbesondere Fragen der Entlohnung von Beschäftigten („Tariftreuerregelungen“) ab dem 1.9.2022 (Abs. 3a und 3b) und die in diesem Zusammenhang notwendig gewordenen Mitteilungspflichten von Pflegeeinrichtungen (Abs. 3d und 3e). Überdies wurde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermächtigt, das Nähere – insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfungsgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Abs. 3a und 3b – festzulegen (Abs. 3c). Eine Evaluierungspflicht der Regelungen der Abs. 3a und 3b bis zum 31.12.2025 wird in Abs. 3f statuiert. Durch Art. 2 Nr. 1 des Gesetzes zur Änderung des IfSG und anderer Vorschriften vom 18.3.2022 (BGBl. I 466) wurde mWv 19.3.2022 in Abs. 3 S. 1 die Nr. 6 (durch Art. 1 Nr. 27b **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)** vom 23.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023 nunmehr Nr. 5) eingefügt und stationäre Pflegeeinrichtungen ver-

1a

1b

pflichtet, Angaben zum Anteil der Personen, die gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft sind, zu tätigen; eine redaktionelle Anpassung erfolgte insoweit durch das **Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG)** vom 20.12.2022 (BGBl. I 2793) mWv 29.12.2022 im Hinblick auf die Neuregelung der Mitteilungspflicht in § 35 Abs. 6 IfSG. Diese endete nach § 35 Abs. 6 S. 10 IfSG zum 30.4.2023. Eine wesentliche Änderung brachte Art. 2 Nr. 2 **Pflegebonusgesetz** vom 28.6.2022 (BGBl. I 938) mWv 30.6.2022 mit der in Abs. 3b S. 1 Nr. 4 eingefügten Möglichkeit, die in der Pflege und Betreuung Beschäftigten auch auf der Grundlage einer (fiktiven) **Durchschnittsvergütung nach Qualifikationsgruppen** (vgl. BT-Drs. 20/1909, 60 f., § 82c Abs. 2) zu entlohnen, sog. Tarifierorientierung. Überdies wird der Inhalt der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen in Abs. 3c modifiziert und (auch) für Pflegeeinrichtungen für verbindlich erklärt (Abs. 3c S. 7). Zudem wird insbesondere der Inhalt der Mitteilungspflichten nach Abs. 3d und 3e (für 2022 abweichend) neu geregelt und an die Änderungen in Abs. 3b S. 1 Nr. 4 angepasst. Unabhängig hiervon wird mit dem neuen Abs. 3g die Anpassungspflicht bestehender Versorgungsverträge zum 1.9.2022 aus Abs. 3b herausgelöst und systematisch korrekt gesondert geregelt. Schließlich wurde Abs. 3 aufgrund der Streichung von § 113a (Expertenstandards) durch Art. 1 Nr. 27 **Pflegebonusgesetz** vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023 angepasst; durch die Streichung von Abs. 3 S. 1 Nr. 4 wurden die Nr. 5 und 6 zu Nr. 4 und 5.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift dient der Begründung der **statusrelevanten Rechtsbeziehungen** zwischen den Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen, die die Versicherten im Auftrag der Pflegekassen mit Pflegesachleistungen versorgen. Dazu dürfen sich die Pflegekassen nach Abs. 1 S. 1 nur solcher Pflegeeinrichtungen iSd § 71 bedienen, die durch Versorgungsvertrag zur Versorgung der Versicherten zugelassen worden sind. Hierzu regelt die Vorschrift,
1. welche **Zulassungsvoraussetzungen** über die Anforderungen des § 71 hinaus für den Zugang zur Pflegeversorgung bestehen (Abs. 3–3b, → Rn. 4 ff.),
 2. was **Regelungsgegenstand** des Versorgungsvertrags ist (Abs. 1 S. 2, → Rn. 19),
 3. **von wem der Versorgungsvertrag abgeschlossen** wird (Abs. 2 S. 1, → Rn. 17) und welche **Rechtswirkungen er hat** (Abs. 2 S. 2 und Abs. 4, → Rn. 22 ff.).

III. Zulassungserfordernis (Abs. 1 S. 1)

- 3 Nach Abs. 1 S. 1 dürfen Pflegekassen Leistungen nur durch Leistungserbringer gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Ebenso bestimmen die § 29 Abs. 2 und § 36 Abs. 4 S. 2 auf **Ebene des Leistungsrechts**, dass Leistungen nur solcher Leistungserbringer in Anspruch genommen werden dürfen, mit denen die Pflegekassen oder die für sie tätigen Verbände **Verträge abgeschlossen** haben. Entsprechend ist durch § 82 Abs. 1 S. 1 und § 77 auf **Ebene des Leistungserbringungsrechts** bestimmt, dass Vergütungsansprüche nur zugunsten zugelassener Einrichtungen bestehen und unter welchen Voraussetzungen die Pflegekassen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege ausnahmsweise Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen und ggf. Leistungen durch eigenes Personal erbringen können. Von den Ausnahmen des § 77 abgesehen können deshalb ohne Versorgungsvertrag Pflegeleistungen zulasten der sozialen Pflegeversicherung nicht wirksam erbracht werden. Hierdurch begründet die Vorschrift ein **Versorgungsverbot mit Zulassungsvorbehalt**. Sie folgt darin dem Regelungsmodell der GKV insbe-

sondere im Zulassungsrecht für Krankenhäuser sowie der Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen (§§ 108 ff. SGB V; eingehend hierzu: Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 1 ff.; Maschmann SGB 1996, 49 (52)).

Ungeachtet der übereinstimmenden Regelungsstruktur werden damit in der Pflegeversicherung allerdings **andere Ziele verfolgt**. Die Zulassung zur Krankenhausversorgung nach dem SGB V dient wesentlich der **Bedarfsplanung** und der Sicherung einer **bedarfsgerechten Verteilung von Behandlungskapazitäten**. Dagegen ist die Zulassung zur Versorgung nach dem SGB XI gem. Abs. 3 S. 1 Hs. 1 **bedarfsunabhängig**. Daher hat der Versorgungsvertrag hier in erster Linie **statusbegründende Funktion**, die für alle Träger der sozialen Pflegeversicherung verbindlich ist (§ 72 Abs. 2 S. 2). Soweit die Begründung der RegE (BT-Drs. 12/5262, 135 zu § 81) jedoch den Eindruck erweckt, er sei allein hierauf beschränkt, verfehlt sie den Regelungsgehalt des § 72. Abs. 1. S. 2 stellt klar, dass auch Abreden über Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen im Versorgungsvertrag festzulegen sind (vgl. → Rn. 19). Darüber hinaus erwächst aus dem Abschluss des Versorgungsvertrags für die Pflegeeinrichtungen die Verpflichtung, sich entsprechend dem – nach Abs. 1 S. 2 – vereinbarten Versorgungsauftrag an der pflegerischen Versorgung der Versicherten zu beteiligen (Abs. 4 S. 2). Nach der Vorstellung des Gesetzgebers ist mit der Zulassung der Pflegeeinrichtung deren **Einbeziehung in ein öffentlich-rechtliches Sozialleistungssystem** verbunden, aus dem sich für die Pflegeeinrichtung eine **besondere Rechtsstellung** ergebe (BT-Drs. 12/5262, 137 zu § 81 Abs. 4). Ob damit zum Ausdruck gebracht werden soll, die zugelassene Pflegeeinrichtung unterliege einer körperschaftsähnlichen Rechtsetzungsgewalt (hierauf könnten § 75 Abs. 1 S. 4 und S. 5 – dieser idF des Art. 1 Nr. 28a PUEG vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155, mWv 1.7.2023 – hinsichtlich einer Veröffentlichungspflicht hindeuten; vgl. hierzu BT-Drs. 20/6544, 73 f.), die vergleichbar der von kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen ausgeübten vertraglichen Normsetzungsbefugnis der gemeinsamen vertragsärztlichen Selbstverwaltung von den Verbänden der Pflegekassen und den Verbänden der zugelassenen Leistungserbringer wahrgenommen wird, wird nicht deutlich (vgl. zur Problematik → § 75 Rn. 2 ff.; Neumann SDSRV 38 (1994), 109 (114); Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 81 ff.; Schulin VSSR 1994, 285 (295)).

IV. Zulassungsvoraussetzungen (Abs. 3 iVm Abs. 3a und 3b)

Zur Versorgung mit Pflegeleistungen zuzulassen sind Pflegeeinrichtungen iSv § 71 4 gem. Abs. 3 S. 1 Hs. 2 „soweit und solange“ sie die in Abs. 3 S. 1 Hs. 1 normierten Voraussetzungen erfüllen. Danach besteht ein **Rechtsanspruch auf Zulassung**, soweit die Einrichtung

1. den **Anforderungen des § 71** genügt,
2. die **Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung** bietet und die **Vorgaben der Abs. 3a oder 3b** erfüllt und sich verpflichtet,
3. ein **einrichtungsinternes Qualitätsmanagement** nach § 113 einzuführen und weiterzuentwickeln,
4. die **ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen** zu ermöglichen sowie – nach § 35 Abs. 6 S. 10 IfSG bis zum 30.4.2023 –
5. an dem Verfahren zur **Übermittlung von Daten** nach § 35 Abs. 6 IfSG teilzunehmen, sofern es sich bei ihr um stationäre Pflegeeinrichtung iSd § 71 Abs. 2 handelt.

Bedarfsabhängig ist die Zulassung hingegen **nicht**.

1. Anforderungen nach § 71 (Abs. 3 S. 1 Nr. 1)

- 5 Nach Abs. 3 S. 1 Nr. 1 können zur Pflegeversorgung nur solche Einrichtungen zugelassen werden, die den Anforderungen des § 71 genügen. Dieser Regelung hätte es nicht bedurft (ebenso Hauck/Noftz/Groth Rn. 36; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 26). Genügt eine Organisation den Voraussetzungen des § 71 nicht, handelt es sich schon dem Grunde nach nicht um eine Pflegeeinrichtung iSd SGB XI (vgl. → § 71 Rn. 2 ff.). Insoweit ist die Anforderung des Abs. 3 S. 1 Nr. 1 redundant; Folgen hat dies nicht.

2. Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit (Abs. 3 S. 1 Nr. 2 Hs. 1)

- 6 Diesen Kriterien kommt neben den Anforderungen, die § 71 bereits an das Bestehen einer Pflegeeinrichtung stellt, nur eine begrenzte selbstständige Bedeutung zu (vgl. Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 15). Leistungsfähigkeit ist schon dann anzunehmen, wenn die Pflegeeinrichtung entsprechend den Vorgaben des Leistungsrechts, wenn auch nur in zeitlich begrenztem Rahmen (vgl. → § 71 Rn. 7), Pflegeleistungen erbringen kann. Bei Pflegeheimen können in diesem Zusammenhang auch die heimrechtlichen Vorgaben zu berücksichtigen sein (vgl. Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 17). Eine Versagung der Zulassung wegen Unwirtschaftlichkeit kann nur in Betracht kommen, wenn für die Zukunft bereits absehbar ist, dass die Einrichtung auf Dauer nicht wirtschaftlich arbeiten kann und die Pflegekassen deshalb befürchten müssen, dass eine kontinuierliche Durchführung der Pflege nicht zu erwarten ist.

3. Tariftreue und Tariforientierung (Abs. 3 S. 1 Nr. 2 Hs. 2 iVm Abs. 3a und Abs. 3b)

- 7 **a) Rechtsentwicklung.** Nach Abs. 3 S. 1 Nr. 2 Hs. 2 iVm Abs. 3a und 3b – idF des Pflegebonusgesetzes vom 28.6.2022 (BGBl. I 938) – (→ Rn. 1b) darf seit dem 1.9.2022 mit einer Pflegeeinrichtung (§ 71) ein Versorgungsvertrag nur abgeschlossen werden, falls diese die Vorgaben des Abs. 3a (Tarifbindung, dazu sogleich → Rn. 7b) oder Abs. 3b (dazu sogleich → Rn. 7c) erfüllt. Diese Regelungen stellen den vorläufigen Schlusspunkt der seit 2008 andauernden Bemühungen des Gesetzgebers (vgl. hierzu eingehend Düwell ZTR 2023, 142 ff.; Hänlein SGB 2023, 201 ff.; zur Rechtentwicklung seither auch → Rn. 1a f.) dar, die Pflege angesichts zunehmender Pflegebedürftigkeit und damit steigender Personalbedarfe durch **Verbesserung der Vergütung von Pflegekräften kraft originärer sozialrechtlicher Regelung** sicherzustellen (vgl. zu dieser Vorgehensweise auch für die Bindung von Apotheken an das deutsche Arzneimittelpreisrecht § 129 Abs. 3 S. 2 und 3 SGB V idF des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken vom 9.12.2020, BGBl. I 2870, mWv 15.12.2020). Sie beruhen in der ursprünglichen Fassung des GVWG vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) auf einem Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 2.6.2021 (Ausschuss-Drs. 19(14)320.1; vgl. auch Ausschussbericht, BT-Drs. 19/30560, 66 ff.). Dieser erfolgte als Reaktion auf das Scheitern des Versuchs, eine Tarifvertragslösung auf der Grundlage von § 7a AEntG idF des Pflegelöhneverbesserungsgesetzes vom 22.11.2019 (BGBl. I 1756) zu erzielen. Die Erstreckung des Tarifvertrags zwischen dem Arbeitgeberverband BVAP und der Gewerkschaft ver.di auf Außenstehende scheiterte auch am Widerstand der Caritas (vgl. Pressemitteilung des Deutschen Caritasverbandes e.V. vom 25.2.2021, recherchiert am 29.2.2024 [<https://www.caritas-darmstadt.de/pressemitteilungen/tarifvertrag-altenpflege-arbeitsrechtliche-kommiss/1897017/>]). Dabei hatte diese eine solche Vorgehensweise im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege (KAP)

unter bestimmten Prämissen im Grundsatz mitgetragen (vgl. KAP-Abschlussbericht, Stand 11/2019, 3. Aufl., S. 170, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fi/leadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/191129_KAP_Gesamttext_Stand_11.2019_3_Auflage.pdf, recherchiert am 10.9.2023). Die Regelungen sahen eine Entlohnung von Arbeitnehmern vor, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach für sie gültigen tariflichen – einschließlich unternehmens- oder haustariflichen – bzw. kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen (Abs. 3a). Pflegeeinrichtungen, die derartigen Bindungen nicht unterlagen, mussten den genannten Arbeitnehmern ebenfalls eine Entlohnung in Höhe eines zeitlich und örtlich anwendbaren Tarifvertrags bzw. anwendbarer kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen zahlen, sich mithin tarifreu verhalten (Abs. 3b S. 1 Nr. 1–3).

Noch **vor dem Wirksamwerden der Vorschriften** am 1.9.2022 ergänzte der Gesetzgeber – wohl wegen Bedenken der FDP (vgl. Plenarprotokoll 20/37 vom 19.5.2022, S. 3603, 3606) – bzw. unter Verweis auf nicht näher bezeichnete „Optimierungs- und Klarstellungsbedarfe“ mit dem **Pflegebonusgesetz** vom 28.6.2022 (BGBl. I 938) Abs. 3b S. 1 um Nr. 4 (vgl. BT-Drs. 20/1909, 54, 60 f.) (→ Rn. 1b). Hiernach ist auch eine Entlohnung der mit der Pflege und Betreuung befassten Arbeitnehmer möglich, die im Durchschnitt das legaldefinierte regional übliche Niveau der Entlohnung und Zuschläge (Abs. 3b S. 2 Nr. 1–5 und Nr. 6) – gestaffelt nach Qualifikationsgruppen (vgl. § 82c Abs. 2 S. 4) – nicht unterschreitet (sog. Tariforientierung; → Rn. 7c). Sowohl gegen die ursprüngliche als auch die aktuelle Fassung des Abs. 3b wurden verfassungsrechtliche Bedenken erhoben (dazu sogleich → Rn. 8). Derzeit sind Verfassungsbeschwerden gegen die Regelungen des Abs. 3b (idF des GVWG vom 11.7.2021, BGBl. I 2754) beim BVerfG anhängig (vgl. Pressemitteilung des Arbeitgeberverbandes bpa vom 13.9.2021). Der Gesetzgeber gibt damit die bisherige Regelungspraxis auf, die Zulassung einer Pflegeeinrichtung von einer ortsüblichen Vergütung (auch) des nicht mit der Pflege und Betreuung befassten Personals abhängig zu machen (vgl. Abs. 3 S. 1 Nr. 2 idF des PNG vom 23.10.2012, BGBl. I 2246, mWv 30.10.2012; vgl. auch 5. PflegeArbbV vom 20.4.2022 mWv 1.5.2022, Banz AT vom 26.4.2022 V1).

b) Tarifbindung (Abs. 3a). Nach der Grundregel [?] des Abs. 3a setzt der Abschluss eines Versorgungsvertrags seit dem 1.9.2022 voraus, dass eine Pflegeeinrichtung ihren Arbeitnehmern, die „**Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen**“ erbringen, Gehälter (vgl. auch § 82c Abs. 1) entsprechend derjenigen Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zahlt, an die diese gebunden ist (vgl. BT-Drs. 19/30560, 66). Korrespondierend hierzu ist die Refinanzierung dieser Gehälter nach Maßgabe von § 84 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 S. 1 und 4, § 82c Abs. 1 (dazu → § 82c Rn. 5) sichergestellt. Inwiefern in diesem Sinne Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen auch von solchen Mitarbeitern erbracht werden und diese deshalb ebenfalls der Grundregel des Abs. 3a unterliegen, die neben diesen ggfs. auch andere Aufgaben erbringen bzw. arbeitsvertraglich schulden, ist dem Wortlaut nicht eindeutig zu entnehmen. Insofern kann nach der Refinanzierungsvorschrift des § 82c Abs. 1 zunächst **die tarifliche Entlohnung** – unabhängig von der jeweiligen Tätigkeit – in keinem Fall als unwirtschaftlich angesehen werden. Ist die Einrichtung **iSv Abs. 3b nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen** für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Aufgaben der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen gebunden, können die Refinanzierungsgrenzen des § 82c bei Tätigkeiten mit und ohne Pflegebezug jeweils unterschiedlichen Tarifverträgen zu entnehmen sein (vgl. § 82c Abs. 2 und Abs. 2a, dazu insbesondere → § 82 Rn. 8). Daher könnte auch im Rahmen der Abs. 3a und 3b danach zu differenzieren sein, welcher Tarifvertrag gemäß der arbeitsvertraglich geschuldeten Leistung Anwendung findet bzw. Anwendung finden würde. Dies gilt

jedenfalls, solange mit einer arbeitsvertraglichen Gestaltung nicht die Vorgaben der Abs. 3a und 3b umgangen werden sollen.

7c **c) Tariftreue und -orientierung (Abs. 3b).** Für andere Pflegeeinrichtungen setzt der Abschluss eines Versorgungsvertrags nach Abs. 3b voraus, dass diese ihren Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, eine Entlohnung zahlen, welche die in einem **Flächentarifvertrag** (Nr. 1) bzw. **Haus- oder Unternehmenstarifvertrag** (Nr. 2) vereinbarte Entlohnung nicht unterschreitet. Gleiches gilt für eine Entlohnung nach **kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen** (Nr. 3). Nach der mit dem **Pflegebonusgesetz** vom 28.6.2022 (BGBl. I 938) neu eingefügten **Nr. 4** (→ Rn. 1b) gilt dies auch für Pflegeeinrichtungen, die diesen Arbeitnehmern eine Entlohnung zahlen, welche im **Durchschnitt das regional übliche Entlohnungsniveau** (§ 82c Abs. 2 S. 2 Nr. 2; vgl. S. 2 Nr. 1–5) – jeweils bezogen auf die in § 82c Abs. 2 S. 4 genannten Qualifikationsgruppen bzw. die regional üblichen pflegetypischen Zuschläge iSd S. 2 Nr. 6 (vgl. § 82c Abs. 2 S. 2 Nr. 3), nicht unterschreitet (vgl. BT-Drs. 20/1909, 60). Maßgeblich ist dabei das nach § 82c Abs. 5 jeweils zum 31. Oktober veröffentlichte regional übliche Entlohnungs- und Zuschlagsniveau (§ 82c Abs. 5 S. 1 iVm S. 4 Nr. 1–3). Diese Pflegeeinrichtungen können die individuelle Entlohnung ihrer in der Pflege und Betreuung tätigen Arbeitnehmer insoweit frei gestalten. Diese kann im Einzelfall, zB infolge langer oder kurzer Betriebszugehörigkeit, vom diesem (fiktiven) Durchschnittsentgelt abweichen. Entscheidend ist, dass der jeweils maßgebliche Durchschnitt der Entgelte bzw. Zuschläge in der Pflegeeinrichtung das regionale Niveau nicht unterschreitet (vgl. auch zur Refinanzierung → § 82c Rn. 6 ff.). Zur Entlohnung gehören nach S. 2 der **Grundlohn** (Nr. 1), **regelmäßige Sonderzahlungen** (Nr. 2), **vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers** (Nr. 3), **pflegetypische Zulagen** (Nr. 4) und der **Lohn für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft** (Nr. 5) sowie **pflegetypische Zuschläge** (Nr. 6). Hierbei handelt es sich nach der Definition der S. 3 und 4 Nr. 1–3 um **Nachzuschläge** mindestens im Zeitraum zwischen 23 Uhr und 6 Uhr (Nr. 1) und **Sonn- und Feiertagszuschläge** jeweils ganztätig (Nr. 2 und 3). Dabei kommt es nicht auf die Bezeichnung, sondern die Zweckbestimmung der Zahlungen an. Andere als die genannten Entgeltbestandteile sind für einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags hingegen nicht relevant. Als maßgebliche Region sieht der Gesetzgeber primär das Bundesland an, lässt aber auch Abweichungen zu (vgl. hierzu insgesamt BT-Drs. 20/1909, 60 f.; zum regionalen Bezug auch BT-Drs. 19/30560, 68). Die in S. 2 genannte Entlohnung ist in Geld zu entrichten (S. 5). Im Weiteren regelt S. 6 eine **Anpassungspflicht** der Entlohnung durch Pflegeeinrichtungen nach S. 1 Nr. 1–3 bei Änderung der in Bezug genommenen Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen spätestens innerhalb von zwei Monaten, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Abs. 5 veröffentlicht wurde; S. 7 regelt die Anpassungspflichten der tariforientierten Pflegeeinrichtungen nach S. 1 Nr. 4 bei Änderungen des nach § 82c Abs. 5 veröffentlichten regional üblichen Entgelt- oder Zuschlagsniveaus nach § 82c Abs. 2 S. 2 Nr. 2 oder Nr. 3 zum 1. Januar des auf die Veröffentlichung folgenden Jahres.

8 Gegen die Regelungen des Abs. 3b – insbesondere der Nr. 1–3 des S. 1 – sind **erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken** erhoben worden (vgl. Hartmann, Tariftreue in der Pflege, Rechtsgutachten für den bpa Arbeitgeberverband e.V. vom 5.9.2021, S. 22 ff.; Hartmann RdA 2023, 90 ff.; vgl. auch Hänlein SGB 2023, 201 (207 ff.); Bieback SGB 2023, 8 (11 ff.)). Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit bestehen – unabhängig von ihrer strittigen dogmatischen Verortung in den Grundrechten – vor allem im Hinblick auf die Arbeitsvertragsfreiheit und negative Koalitionsfreiheit (vgl. Art. 12 Abs. 1 GG, Art. 14 Abs. 1 GG, Art. 9 Abs. 3 GG bzw. Art. 2 Abs. 1 GG) sowie in Bezug auf das Demokratieprinzip (Art. 20 Abs. 2 GG; vgl.

insgesamt insb. Hartmann, Rechtsgutachten, S. 12 ff., 22 ff.; Hartmann, Allgemein Negative Tarifvertragsfreiheit im deutschen und europäischen Arbeitsrecht, S. 47 ff., 73 ff., 191 ff., 212 ff.; ähnlich Hänlein SGB 2023, 201 (207 f.); Kaminski GuP 2021, 161 ff.). Hieran dürfte sich auch mit der Möglichkeit der Pflegeeinrichtungen, Löhne individuell zu vereinbaren (Abs. 3b S. 1 Nr. 4), nichts grundlegend verändert haben, wenngleich die Bedenken weniger stark ausgeprägt sein könnten. Pflegeeinrichtungen sind hiernach letztlich verpflichtet, ein „fiktives Durchschnittsentgelt“ bezogen auf konkrete Entlohnungsbestandteile sicherzustellen (vgl. Abs. 3b S. 2 und § 82c Abs. 2 S. 2 Nr. 2 und 3). Dies schränkt sie in der Gestaltung der individuellen arbeitsvertraglichen Vergütung (weiterhin) erheblich ein. Hierdurch entsteht ein nicht unerheblicher Druck, entweder einem Arbeitgeberverband beizutreten oder – ggf. attraktiver – einen Haus- oder Unternehmenstarifvertrag abzuschließen. Die Anhebung der Vergütung in der Pflege durch sozialrechtliche Tarifregelungen mag zwar sozialpolitisch wünschenswert sein, ist aber angesichts der tangierten Grundrechte und Verfassungsprinzipien verfassungsrechtlich nicht unproblematisch (vgl. bereits tendenziell zur alten Rechtslage in der → 5. Aufl. 2017, Rn. 8).

Die bestehenden Rechtsunsicherheiten werden damit wohl erst durch eine **Entscheidung des BVerfG beseitigt werden können**. Hierbei ist von Interesse, ob bzw. inwieweit das BVerfG an seine Rechtsprechung zur Tariftreueregelung des Berliner Vergabegesetzes anknüpfen bzw. diese fortentwickeln wird (vgl. BVerfG 11.7.2006 – 1 BvL 4/00, BVerfGE 116, 202). Pflegeeinrichtungen sind, da der weit überwiegende Teil der Bevölkerung in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist, auf den Abschluss von Versorgungsverträgen angewiesen, um in der Pflege überhaupt wirtschaftlich sinnvoll tätig werden zu können. Zu beachten ist in diesem Kontext auch, dass die Refinanzierung der nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen (vgl. § 82c Abs. 1) nach dem Gesetzeswortlaut des § 82c Abs. 2 und 3 nicht in jedem Fall sichergestellt ist. Nicht als unwirtschaftlich können (lediglich) die Entlohnungsbestandteile nach Abs. 3b S. 2 Nr. 1–5 angesehen werden, soweit diese insgesamt das regional übliche Entlohnungsniveau in der Region, in der die jeweilige Einrichtung betrieben wird, um nicht mehr als zehn Prozent übersteigen; darüber hinaus bedarf es nach § 82c Abs. 3 S. 2 – 4 eines sachlichen Grundes (dazu → § 82c Rn. 9 ff.; vgl. auch Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion vom 16.8.2023, BT-Drs. 20/8036; vgl. zu möglichen Gründen auch Richter NZS 2023, 481 (486 f.)).

4. Qualitätssicherung und Coronaregelungen (Abs. 3 S. 1 Nr. 3–5)

Zulassungsvoraussetzung ist nach den Nr. 3 und 4 des Abs. 3 S. 1 weiter die Beachtung wesentlicher Vorschriften der Qualitätssicherung. Auf ihre Einhaltung sind die Einrichtungen über die vertragsrechtlichen Bindungen ohnehin verpflichtet. Darüber hinaus bewirken die Regelungen der Nr. 3 und 4, dass schon der Grundstatus als zugelassene Einrichtung nur erworben werden kann, wenn 1. ein internes **Qualitätsmanagement** nach § 113 eingerichtet (Nr. 3) und die ordnungsgemäße Durchführung von **Qualitätsprüfungen** ermöglicht wird (Nr. 4). Derzeit hat Nr. 5 keine Bedeutung mehr, da die Verpflichtung zur Übermittlung von Daten zum Impfstatus nach § 35 Abs. 6 S. 1 IfSG seit Mai 2023 nicht mehr besteht (vgl. § 35 Abs. 6 S. 10 IfSG).

5. Bedarfsunabhängigkeit (Abs. 3 S. 1 Hs. 2)

Eine am Bedarf ausgerichtete Zulassungsbegrenzung ist im Gesetzgebungsverfahren im Gegensatz zum Krankenhausbereich (§ 109 Abs. 3 SGB V) ausdrücklich abgelehnt worden (BT-Drs. 12/5262, 136). Nach der Begr. soll den Pflegekassen die Möglichkeit offenstehen, Pflegeeinrichtungen auch über den aktuellen Versor-

gungsbedarf hinaus zuzulassen. Auch bei einer Überschreitung des Bedarfs steht die **Zulassung nicht im Ermessen** der Pflegekassen; hierfür fehlt es jedenfalls zzt. an einer Rechtsgrundlage. Die Landesverbände können deshalb auch nicht unter Hinweis auf den Sicherstellungsauftrag Zulassungen verweigern (Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 18). Infolgedessen ist es im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 GG und aus dem Gesichtspunkt der Bundestreue **den Ländern auch untersagt**, Pflegeeinrichtungen, die von den Pflegekassen zugelassen sind, als nicht bedarfsgerecht von der **finanziellen Förderung auszuschließen** (vgl. BSG 28.6.2001 – B 3 P 9/00 R, BSGE 88, 215 = SozR 3–3300 § 9 Nr. 1 = BeckRS 2001, 41798).

6. Trägervorrang (Abs. 3 S. 2)

- 11 Nach Abs. 3 S. 2 sollen bei einer notwendigen Auswahl unter Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abzuschließen sein. Diese Regelung hat **keinen Anwendungsbereich**. Sie kollidiert mit dem in Abs. 3 S. 1 Hs. 2 begründeten Rechtsanspruch, bei Erfüllung der in Abs. 3 S. 1 Hs. 1 statuierten Zulassungsvoraussetzungen durch Versorgungsvertrag zur Pflege zugelassen zu werden. Insoweit besteht für eine Auswahl unter mehreren Einrichtungen für die Pflegekassen als Partner des Versorgungsvertrags **kein Anlass**. Die Vorschrift ist deshalb überflüssig (so zutreffend Krauskopf/Knittel Rn. 19 f.; ebenso LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 23; ähnlich BeckOGK/Schmidt Rn. 30 f.; weitergehend Schulin VSSR 1994, 285 ff.: verfassungsrechtliche Bedenken).

V. Flankierende Regelungen zu Abs. 3a und 3b

- 12 Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hatte erstmals bis zum 30.9.2021 eine Richtlinie – insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Abs. Abs. 3a und 3b sowie zu den nach Abs. Abs. 3e S. 1 Nr. 2 erforderlichen Angaben – zu erlassen. Diese traten als Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 72 Abs. 3c zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen zur Einhaltung der Vorgaben für Versorgungsverträge nach § 72 Abs. 3a und 3b (Zulassungs-Richtlinien) vom 24.1.2022 nach Genehmigung durch das BMG vom 27.1.2022 am 28.1.2022 in Kraft. Sie wurden durch Beschluss vom 8.7.2022 geändert und gelten in dieser Fassung seit dem 20.7.2022. Da Pflegeeinrichtungen an deren Erstellung nicht beteiligt waren, hieran jedoch nach Abs. 3c S. 7 gebunden sind, stellen sich verfassungsrechtliche Fragen der Publizität und demokratischen Legitimation bzw. nach deren Rechtsqualität (vgl. insb. Hänlein SGB 2023, 201 (205)). Anders als etwa der GBA ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nicht pluralistisch besetzt (vgl. zur demokratischen Legitimation des GBA BeckOGK/Roters SGB V § 91 Rn. 23 ff.).
- 13 Die Abs. 3d und 3e regeln die Mitteilungspflichten der Pflegeeinrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen. Während Abs. 3d Informationspflichten hinsichtlich der für die Pflegeeinrichtungen geltenden oder maßgeblichen Tarifverträge bzw. die regional üblichen Entlohnungsniveaus betrifft, statuiert Abs. 3e für tarifgebundene Pflegeeinrichtungen Mitteilungspflichten – zum 31.8. eines Jahres. Diese haben einerseits mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind (S. 1 Nr. 1); andererseits haben sie die sich hieraus ergebende Entlohnung der in der Pflege und Betreuung tätigen Arbeitnehmer am 1.8. eines jeden Jahres (S. 1 Nr. 2) zu übermitteln, wobei die Pflegeeinrichtungen eine durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übersenden haben (S. 2). Diesbezügliche Änderungen sind unverzüglich mitzuteilen und durch eine aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nachzuweisen. (S. 3 letzter Hs.).

Die vor dem 1.9.2022 abgeschlossenen Versorgungsverträge waren bis zum 31.8.2022 mit Wirkung zum 1.9.2022 an die neuen Regelungen – insbesondere der Abs. 3a und 3b – anzupassen (Abs. 3g). Deren Wirkungen sind bis zum 31.12.2025 ebenso zu evaluieren wie jene des § 82c (Abs. 3f).

VI. Versorgungsvertrag (Abs. 1)

Erfüllt die Einrichtung die Zulassungsvoraussetzungen nach Abs. 3 iVm Abs. 3a oder Abs. 3b (→ Rn. 4 ff.), hat sie Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 72, in dem der während der Vertragslaufzeit von ihr zu erfüllende **Versorgungsauftrag** nach **Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen** festgelegt wird.

1. Rechtsnatur

Der Versorgungsvertrag begründet Rechtspflichten und Ansprüche zwischen Einrichtung und Kostenträgern auf dem Gebiet des **öffentlichen Rechts** und ist deshalb ein **öffentlich-rechtlicher Vertrag** iSv § 53 Abs. 1 S. 1 SGB X (vgl. BT-Drs. 12/5262, 137; LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 5; Hauck/Noftz/Groth Rn. 12; jurisPK-SGB XI/Wahl Rn. 56; Schuln PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 1) in der Form des koordinationsrechtlichen Vertrags, auf den die **Vorschriften des SGB X** ergänzend anzuwenden sind. Nach § 61 Abs. 2 SGB X gelten subsidiär die Vorschriften des BGB.

2. Vertragspartner (Abs. 2)

Partner des Versorgungsvertrags sind der **Träger der Pflegeeinrichtung** (vgl. BSG 18.2.2016 – B 3 P 2/14 R, SozR 4-3300 § 42 Nr. 1 Rn. 22 = BeckRS 2016, 69364) und die **Landesverbände der Pflegekassen**, die ihrerseits das Einvernehmen mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger herstellen müssen. Der Pflegeeinrichtung steht es frei, ob sie den Vertrag selbst abschließt oder den Verband bevollmächtigt, dem sie angehört (zu Einzelheiten vgl. Schuln PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 4 ff.). Der AuS-Ausschuss hielt es für erforderlich, die Abschlusskompetenz einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger in Abs. 2 S. 1 besonders zu betonen (→ Rn. 1), obgleich sich die Möglichkeit einer Bevollmächtigung ohne weiteres aus allgemeinen Regelungen ergibt (§ 13 Abs. 1 S. 1 iVm § 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB X). Nach der mit dem **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mWv 1.7.2008 eingeführten und durch das PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) mWv 30.10.2012 nochmals modifizierten Ergänzung des Abs. 2 durch die Neuregelung des S. 1 Hs. 2 kann nunmehr auch für **mehrere selbstständig wirtschaftende Einheiten eines Trägers** ein einheitlicher Versorgungsvertrag als Gesamtversorgungsvertrag geschlossen werden (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 16/7439, 67). Soweit dies nach den Gesetzesmaterialien allerdings Abstriche bei der Wahrnehmung der Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft iSv § 71 Abs. 2 Nr. 1 (hierzu → § 71 Rn. 23 ff.) zur Folge haben könnte, findet das im Gesetzestext des § 71 keinen ausreichenden Niederschlag; Zulassungsvoraussetzung auch bei einem Gesamtversorgungsvertrag ist deshalb, dass jede Teileinrichtung für sich die gesetzlichen Qualitätsanforderungen erfüllt (ebenso Hauck/Noftz/Groth Rn. 30; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 14).

Die **Landesverbände der Pflegekassen** (vgl. § 52) müssen, wie sich aus § 81 Abs. 1 S. 1 ergibt, beim Vertragsabschluss gemeinsam handeln. Ein Zulassungsvertrag mit nur einer Kassenart ist damit ausgeschlossen. Kommt eine einvernehmliche Entscheidung der Landesverbände nicht zustande, so ist eine Entscheidung im Verfahren nach § 81 Abs. 1 S. 2 herbeizuführen. Aufseiten der Pflegekassen ist zudem

§ 72 Siebtes Kapitel. Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

das Einvernehmen mit dem überörtlichen **Träger der Sozialhilfe** erforderlich, wobei **Einvernehmen** als Synonym von **Zustimmung** zu verstehen ist (so inzident BSG 12.6.2008 – B 3 P 2/07 R, BSGE 101, 6 = SozR 4–3300 § 79 Nr. 1 Rn. 24 ff. = BeckRS 2008, 57386; ebenso Hauck/Noftz/Groth Rn. 24; BeckOGK/Schmidt Rn. 16; Krauskopf/Knittel Rn. 11). Für das Verfahren aufseiten der Landesverbände gilt § 81, weshalb bei **fehlender Einigung eine Mehrheitsentscheidung** zu treffen ist (vgl. § 81 Abs. 1 S. 2).

3. Regelungsgegenstand (Abs. 1 S. 2)

- 19 Gegenstand der im Versorgungsvertrag zu treffenden Regelungen ist nach Abs. 1 S. 2 die Bestimmung des von der Pflegeeinrichtung zu erfüllenden **Versorgungsauftrages**. Dies erfordert Abreden über Art, Inhalt und Umfang der von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden allgemeinen Pflegeleistungen (zu diesem Begriff vgl. → § 82 Rn. 6). Der Hinweis in S. 2 auf die Regelung der allgemeinen Pflegeleistungen in § 84 Abs. 4 ist auch auf Versorgungsverträge mit **ambulanten Pflegeeinrichtungen** anzuwenden (vgl. Hauck/Noftz/Groth Rn. 15; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 43). Zu dem **Mindestinhalt des Versorgungsauftrags** zählen: Die Art der Pflegeleistung, die von der Einrichtung erbracht wird (vollstationär mit oder ohne Durchführung von Kurzzeitpflege, teilstationär mit Tages- oder Nachtpflege, ambulant etc); die Festlegung der Gruppen von Pflegebedürftigen, die betreut werden sollen, soweit aufgrund der personellen oder sachlichen Ausstattung der Pflegeeinrichtung nicht alle Formen von Pflegebedürftigkeit versorgt werden können und die Bestimmung der Kapazitäten der Pflegeeinrichtung. Bei **ambulanten Pflegediensten** muss darüber hinaus der **Einzugsbereich** festgelegt werden, in dem die Leistungen erbracht werden (**Abs. 3 S. 3**). Hiermit ist durch das **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mWv 1.7.2008 die bis dahin bestehende Begrenzung auf einen **nur örtlichen Einzugsbereich** im Anschluss an Rspr. des BSG aufgegeben worden (vgl. BSG 25.5.2006 – B 3 P 1/05 R, BSGE 96, 233 = SozR 4–3300 § 72 Nr. 1 = BeckRS 2006, 42900). Gleichwohl soll mit der Einrichtung eine verbindliche Festlegung über den Bereich getroffen werden, indem sie Leistungen anbietet (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 16/7439, 67).

4. Rahmenvertragsgeltung

- 20 Nach § 75 Abs. 1 S. 4 haben die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Einrichtungsträger im Land abgeschlossenen Rahmenverträge **verbindliche Wirkung** für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Hierdurch erhalten die Vorgaben zu den in § 75 Abs. 2 aufgeführten Regelungsgegenständen der Rahmenverträge **Beachtlichkeit** auch für den **einzelvertraglich vereinbarten** Versorgungsauftrag.

5. Rechtsschutz

- 21 Zu den Rechtsschutzmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung bei Ablehnung eines Versorgungsvertrags, die systematisch der Vorschrift des § 72 zuzuordnen wäre, bestimmt die in § 73 getroffene Regelung über den Abschluss von Versorgungsverträgen, dass gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrags durch die Landesverbände der Pflegekassen der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben ist (vgl. hierzu → § 73 Rn. 4 ff.).

VII. Rechtsfolgen der Zulassung (Abs. 4)

- 22 Durch den Versorgungsvertrag erlangt die Pflegeeinrichtung den Status eines zur Erbringung von Pflegeleistungen **zugelassenen Leistungserbringers** (Abs. 4 S. 1).

Hieraus erwachsen **der Einrichtung** die Pflicht zur **pflegerischen Versorgung** der Versicherten im Rahmen des für alle Pflegekassen verbindlichen Versorgungsauftrags (S. 2) und den Pflegekassen die Pflicht, die allgemeinen Pflegeleistungen nach Maßgabe der Vorschriften des Achten Kapitels **zu vergüten** (Abs. 4 S. 3, vgl. hierzu → § 82 Rn. 2 ff.).

1. Verbindlichkeit (Abs. 2 S. 2)

Die Reichweite des Versorgungsvertrags erstreckt sich nach Abs. 2 S. 2 auf die Rechtsbeziehungen der Pflegeeinrichtung zu **sämtlichen Pflegekassen** im Inland. Der Versorgungsvertrag wirkt damit über den Bereich des jeweiligen Landes, in dem er abgeschlossen wurde, hinaus im gesamten Bundesgebiet. Eine Pflegeeinrichtung bedarf daher nur in einem Bundesland der Zulassung, um Versicherte aus der gesamten Bundesrepublik zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung versorgen zu können.

2. Versorgungsauftrag (Abs. 4 S. 2)

Nach **Abs. 4 S. 2** ist die zugelassene Pflegeeinrichtung im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur **Versorgung der Versicherten** aller Pflegekassen verpflichtet. Dies ist durch das **1. SGB XI-ÄndG** vom 14.6.1996 (BGBl. I 830) in Hs. 2 dahin ergänzt worden, die Durchführung der in § 37 Abs. 3 geregelten **Pflege-Pflichteinsätze** umzusetzen. Dies lässt jedoch nicht den Schluss zu, dass der Pflegeeinrichtung hinsichtlich der Person des Pflegebedürftigen **überhaupt keine Auswahlbefugnis** zusteht. Das SGB XI betont selbst mehrfach die Bedeutung, die religiösen und weltanschaulichen Einstellungen im Bereich der Pflege zukommt (zB §§ 2 Abs. 3, 11 Abs. 2). Hieraus ergeben sich nicht nur für die Pflegebedürftigen Wahlrechte; bei kirchlichen Einrichtungen sind Art. 140 GG iVm Art. 137 Abs. 3 WRV zu beachten. Hinzukommt, dass Pflegeleistungen ein beiderseitiges Vertrauensverhältnis voraussetzen. Liegt es nicht vor, so kann im Einzelfall auch für den Leistungserbringer die Berechtigung erwogen werden, die Durchführung eines Pflegeauftrags abzulehnen (ähnlich jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 52: Zerstörung des Vertrauensverhältnisses kann Ablehnung der Versorgung rechtfertigen).

§ 73 Abschluß von Versorgungsverträgen

(1) **Der Versorgungsvertrag ist schriftlich abzuschließen.**

(2) ¹Gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. ²Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(3) ¹Mit Pflegeeinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1995 ambulante Pflege, teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege auf Grund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. ²Satz 1 gilt nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen dies im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) bis zum 30. Juni 1995 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. ³Satz 1 gilt auch dann nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 offensichtlich nicht erfüllt. ⁴Die Pflegeeinrichtung hat bis spätestens zum 31. März 1995 die Voraussetzungen für den Bestandsschutz nach den Sätzen 1 und 2 durch Vorlage von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern sowie geeigneter Unterlagen zur Prüfung und Beurteilung der Leis-

tungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit gegenüber einem Landesverband der Pflegekassen nachzuweisen. ⁵**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.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Schriftformerfordernis (Abs. 1)	3
IV. Rechtsschutz (Abs. 2)	4
1. Rechtsweg (Abs. 2 S. 1)	5
2. Klageart (Abs. 2 S. 2)	6
V. Bestandsschutz (Abs. 3)	7
1. Übergeleitete Verträge	8
2. Bestandsschutzfähige Einrichtungen	9
3. Inhalt des fiktiven Versorgungsvertrages	10
4. Feststellung des Fehlens der Bestandsschutzvoraussetzungen (Abs. 3 S. 2-4)	11
5. Stichtage für vollstationäre Pflegeeinrichtungen	13

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch **Art. 1 PflegeVG** eingeführt worden. Abs. 1 und 2 haben die Fassung des FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 137 f. zu § 82). Abs. 3 wurde erstmals durch den AuS-Ausschuss geändert (vgl. BT-Drs. 12/5920, 71). In beiden Vermittlungsverfahren wurden Änderungen bzw. völlige Neufassungen des Abs. 3 vorgenommen (BT-Drs. 12/6424, 3; BT-Drs. 12/7323, 4 f.). Durch das **1. SGB XI-ÄndG** vom 14.6.1996 (BGBl. I 830) wurde mWv 25.6.1996 in Abs. 3 nach S. 2 als weitere Ausnahme die Regelung des S. 3 eingefügt, wonach Bestandsschutz auch ohne schriftliche Anzeige nach S. 2 nicht besteht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 S. 1 **offensichtlich nicht erfüllt** (zur Begr. vgl. BT-Drs. 13/3696, 15).

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift regelt die **äußere Form** sowie den **Rechtsschutz** im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versorgungsverträgen sowie den **Bestandsschutz von Alteinrichtungen**.

III. Schriftformerfordernis (Abs. 1)

- 3 Der Versorgungsvertrag muss **schriftlich** abgeschlossen werden; die Schriftform ist auch für die Kündigung vorgeschrieben (§ 74 Abs. 3). Die Regelung entspricht § 56 SGB X, der für öffentlich-rechtliche Verträge (wie auch § 57 VwVfG) allgemein Schriftform anordnet. Was hierunter zu verstehen ist, ergibt sich aus § 126

BGB, der nach § 61 S. 2 SGB X auch auf öffentlich-rechtliche Verträge anzuwenden ist. Danach bedarf es der Anfertigung einer Vertragsurkunde, die von den Ausstellern der Urkunde eigenhändig zu unterschreiben ist (§ 126 Abs. 2 S. 1 BGB). Ob wegen einer fehlenden Schutzbedürftigkeit der Pflegeeinrichtungen auf eine Urkundeneinheit verzichtet werden kann (so BSG 13.12.2011 – B 1 KR 9/11 R, SozR 4-2500 § 133 Rn. 6 = BeckRS 2012, 68681 Rn. 15 mwN), erscheint zweifelhaft, weil es dort um die Ausübung eines Beitrittsrechts zu einem bestehenden (Rahmen-)Vertrag ging, dessen Inhalt unzweifelhaft zu ermitteln war (ablehnend Krauskopf/Knittel Rn. 6 f.). Jedenfalls in vergleichbaren Fällen ist ein weitergehender Schutz zugunsten der Pflegeeinrichtungen nicht erforderlich. Wird die Schriftform nicht eingehalten, so ist der Vertrag nach § 58 Abs. 1 SGB X iVm § 125 BGB nichtig. Das Schriftform-erfordernis bezieht sich auf den gesamten Versorgungsvertrag, nicht nur auf die Zulassung der Pflegeeinrichtung, sondern auch auf den Versorgungsauftrag, der Bestandteil des Versorgungsvertrages ist (ebenso Hauck/Noftz/Groth Rn. 5; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 8). Es gilt nicht nur für den erstmaligen Abschluss, sondern auch für jede Änderung des Vertrages.

Insoweit bedurfte auch eine **Vertragsanpassung** auf der Grundlage des (fingierten) Antrags der Pflegeeinrichtung nach **§ 72 Abs. 3d S. 4 der Schriftform**. Ob diese im Einzelfall eingehalten wurde, wird zT bezweifelt (vgl. Kaminski GuP 2022, 56 (59 f.)). Es wird behauptet, dass die Annahme des Angebots zur Änderung des Versorgungsvertrages nicht in der erforderlichen Form, sondern stillschweigend nach § 151 BGB erfolgt ist (Kaminski GuP 2022, 56 (60)). Versorgungspolitisch erschiene es zweifelhaft, ginge man von einer Nichtigkeit der Versorgungsverträge aus. Leistungsansprüche Versicherter bestehen ausschließlich gegenüber zugelassenen Pflegeeinrichtungen (vgl. § 36 Abs. 4 S. 2, § 43, § 72 Abs. 1), denen Pflegekassen zur Vergütung erbrachter Leistungen (vgl. § 72 Abs. 4 S. 3) verpflichtet sind. Vor diesem Hintergrund dürfte die Lösung – trotz der statusbegründenden Funktion des Versorgungsvertrags (dazu → § 72 Rn. 3a) – darin liegen, entweder im Wege der teleologischen Reduktion ausnahmsweise auf die schriftliche Annahmeerklärung zu verzichten oder es den Vertragspartnern zu gestatten, rückwirkend einen formwirksamen Vertrag zu schließen. Dies entspricht letztlich auch der Wertung des § 74 Abs. 1 S. 1 und 2, wonach die (vorläufige) Sicherstellung der Pflege Vorrang vor dem Einhalten gesetzlicher Bestimmungen genießt. Auch bei Verstoß gegen die „Tarifreue- bzw. Orientierungsregelungen“ des § 72 Abs. 3a und 3b ist lediglich eine ordentliche und damit fristgebundene Kündigung statthaft (aA Kaminski GuP 2022, 56 (60)).

IV. Rechtsschutz (Abs. 2)

Für die prozessuale Durchsetzung von Ansprüchen sowohl **auf Abschluss** als auch – über § 74 Abs. 3 S. 2 – **bei Kündigung** von Versorgungsverträgen trifft Abs. 2 Regelungen insbesondere zum Rechtsweg und zum Vorverfahren:

1. Rechtsweg (Abs. 2 S. 1)

Nach der ausdrücklichen Regelung des Abs. 2 S. 1 ist gegen die **Ablehnung** von Versorgungsverträgen der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Dazu hätte es ihr indes **nicht bedurft**; das ergibt sich bereits aus § 51 Abs. 2 S. 2 SGG i dF von Art. 33 PflegeVG (vgl. BSG 31.1.2000 – B 3 SF 1/99 R, SozR 3-1500 § 51 Nr. 25 = BeckRS 2000, 40284; Hauck/Noftz/Groth Rn. 10). Insoweit hat die Vorschrift nur **deklaratorische Bedeutung**. Ihr kommt deshalb auch **keine Sperrwirkung** für Rechtsstreitigkeiten außerhalb der **Ablehnung** von Versorgungsverträgen zu; der Sozialrechtsweg gilt vielmehr generell für jeden Rechtsstreit in Zusammenhang mit Versorgungsverträgen, insbesondere also auch bei dessen **Kündigung** (§ 74 Abs. 3).

2. Klageart (Abs. 2 S. 2)

- 6 Nach **Abs. 2 S. 2** findet im Anwendungsbereich der Vorschrift – also kraft ausdrücklicher Regelung bei der **Ablehnung**, sinngemäß im Übrigen aber auch bei allen anderen Rechtsstreitigkeiten im Zusammenhang mit **Bestand und Gehalt** von Versorgungsverträgen – ein **Vorverfahren** nicht statt und hat die Klage **keine aufschiebende Wirkung**. Damit hat sich der Gesetzgeber der Rspr. des BSG zum Versorgungsvertrag im Krankenhausrecht (BSG 27.1.1981 – 5a/5 RKn 14/79, BSGE 51, 126 = SozR 2200 § 371 Nr. 4 = BeckRS 1981, 30707598; 15.1.1986 – 3/8 RK 5/84, BSGE 59, 258 = SozR 2200 § 371 Nr. 5 = BeckRS 1986, 30715664) angeschlossen, die in der **Ablehnung eines Vertragsschlusses** einen **belastenden Verwaltungsakt** sieht. Der Einwand hiergegen, wegen der rechtlichen Gleichordnung der Beteiligten könnten die Verbände der Pflegekassen gegenüber den Einrichtungsträgern nicht durch Verwaltungsakt handeln (vgl. insbesondere Krauskopf/Knittel Rn. 9; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017 Rn. 41), ist das BSG nicht gefolgt (BSG 6.8.1998 – B 3 P 8/97 R, BSGE 82, 252 = SozR 3–3300 § 73 Nr. 1 = NZS 1999, 298). Das BSG knüpft an die Zwei-Stufen-Lehre an und **verneint ein Gleichordnungsverhältnis** bei der Entscheidung der Pflegekassen-Verbände, **ob** mit einer Einrichtung ein Versorgungsvertrag abzuschließen ist. Anders als Verhandlungen über die Ausgestaltung von Versorgungsverträgen im Einzelnen ist die Entscheidung über den Zugang zur Versorgung selbst und damit über den Grundstatus einer Einrichtung nur denkbar als Ausfluss des für das öffentlich-rechtliche Rechtsverhältnis zwischen den Beteiligten konstitutiven Über-Unterordnungsverhältnisses zwischen Pflegekassen und Einrichtungsträger (ebenso BeckOGK/Schmidt Rn. 7; Hauck/Noftz/Groth Rn. 14). Auf den **einstweiligen Rechtsschutz** wirkt sich der Meinungsstreit beim Abschluss eines Versorgungsvertrages indes nicht aus. Der Einrichtungsträger muss in beiden Fällen den Erlass einer einstweiligen Anordnung nach § 86b Abs. 2 SGG beantragen. **Abs. 2 S. 2 Hs. 2**, der die aufschiebende Wirkung der Klage abschließt, kommt bei der Ablehnung des Abschlusses eines Versorgungsvertrages, auch wenn man hierin einen Verwaltungsakt sieht, **keine Bedeutung** zu, weil durch die aufschiebende Wirkung der fehlende Vertragsabschluss auch nicht vorläufig ersetzt wird (so aber offensichtlich die der Begr. des FraktE zugrundeliegende Vorstellung, BT-Drs. 12/5262, 137; wie hier jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 11; Hauck/Noftz/Groth Rn. 19). **Relevanz** hat die Regelung hingegen bei der **Kündigung** von Versorgungsverträgen, weil die Kündigung wie die Ablehnung des Vertragsabschlusses einen Verwaltungsakt darstellt und deshalb dagegen die Anfechtungsklage gegeben ist (vgl. BSG 12.6.2008 – B 3 P 2/07 R, BSGE 101, 6 = SozR 4-3300 § 79 Nr. 1 Rn. 12 = BeckRS 2008, 57386; dagegen Krauskopf/Knittel Rn. 9; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, § 74 Rn. 37).

V. Bestandsschutz (Abs. 3)

- 7 Es handelt sich um eine Überleitungsregelung, die bei Beachtung der Systematik des PflegeVG in die Art. 36 ff. PflegeVG gehört hätte. Um eine Gleichbehandlung der Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten, haben die Spitzenverbände der Pflegekassen (§ 53 Abs. 3 aF) eine gemeinsame Empfehlung zur Durchführung des Bestandsschutzes gem. § 73 Abs. 3 verabschiedet (vom 9.12.1994, BKK 1995, 139); zur Praxis der Pflegekassen vgl. Engels/Köppen KrV 1995, 60; Moldenhauer BKK 1996, 84.

1. Übergeleitete Verträge

- 8 Für Pflegeeinrichtungen, die vor dem 1.1.1995 ambulante oder stationäre (Abs. 4) Pflege aufgrund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, gilt

ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. Welche Verträge im Einzelnen zur Bestandswahrung ausreichen, wird nicht eindeutig klargestellt; zur Frage, ob auch Kostenvereinbarungen mit Altenheimen ausreichen: LSG NRW 4.9.1997 – L 5 SP 7/97, RzP § 73 Abs. 3, 4 SGB XI Nr. 1 = BeckRS 9999, 00417. Verträge mit Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen reichen nicht aus. Als Sozialleistungsträger kommen in Betracht: Sozialversicherungsträger (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, RV-Träger), Sozialhilfeträger und Versorgungsverwaltung. Der Gesetzgeber dachte vor allem an folgende Vereinbarungen (BT-Drs. 12/5262, 137): Verträge der Krankenkassen mit Sozialstationen und anderen Pflegediensten über häusliche Pflegehilfe nach § 132 Abs. 1 S. 2 SGB V sowie die Vereinbarungen zwischen der Liga der freien Wohlfahrtsverbände und den Sozialhilfeträgern über die Erbringung ambulanter und stationärer Pflege nach dem BSHG. Die Landesverbände der Pflegekassen prüfen das Vorliegen der Voraussetzungen des Bestandsschutzes in erster Linie auf der Grundlage von Strukturhebungsbögen (vgl. LPK-SGB XI/Planholz Rn. 9).

2. Bestandsschutzfähige Einrichtungen

Die Bestandsschutzregelung gilt nur für Einrichtungen, die die **Voraussetzungen** **9** des § 71 erfüllen; weshalb letztlich **keine Privilegierung** bestehender gegenüber neu gegründeten Einrichtungen gegeben ist. Zweifelhafte ist insbesondere, ob teilstationären Einrichtungen der **Eingliederungshilfe** Bestandsschutz zu gewähren ist. Ihre Qualifikation als Pflegeeinrichtung iSv § 71 hängt vor allem davon ab, ob sie von einer ausgebildeten Fachkraft geleitet werden (vgl. hierzu → § 71 Rn. 26 ff.) und ob es sich um eine selbstständig wirtschaftende Einrichtung handelt (vgl. hierzu → § 71 Rn. 24 f.). Zumeist werden derartige Einrichtungen schon durch § 71 Abs. 4 ausgeschlossen. Auch die Einrichtung, die sich auf Bestandsschutz beruft, muss die **in § 72 Abs. 3 S. 1** genannten Anforderungen erfüllen, dh sie muss die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten (vgl. → § 72 Rn. 6).

3. Inhalt des fiktiven Versorgungsvertrages

Dem Bestandsschutz unterfällt nur der Inhalt des übergeleiteten Vertrages (**Abs. 3** **10** **S. 4**). Ein hiervon abweichender Versorgungsauftrag kann nur durch Abschluss eines neuen Versorgungsvertrages erreicht werden. Hierzu bedarf es ggf. einer Kündigung des übergeleiteten Vertrages nach § 74.

4. Feststellung des Fehlens der Bestandsschutzvoraussetzungen (**Abs. 3 S. 2**)

Die Pflegekassen können die Fiktion des Bestehens eines Versorgungsvertrages **11** beseitigen, indem sie feststellen, dass die Einrichtung die Voraussetzungen für die Gewährung von Bestandsschutz nicht erfüllt. Diese Feststellung musste der Einrichtung bis zum 30.6.1995 (bei ambulanten Pflegeeinrichtungen) bzw. bis zum 30.6.1996 (bei stationären Pflegeeinrichtungen, vgl. Abs. 4) schriftlich bekanntgegeben werden. Einer schriftlichen Feststellung bedarf es bei solchen Einrichtungen nicht, die die Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 S. 1 „offensichtlich“ nicht erfüllen (**Abs. 3 S. 3 nF**). Durch diese im 1. SGB XI-ÄndG eingefügte Regelung sollte die Benachrichtigungspflicht (und eine Geltendmachung von Bestandsschutz bei unterbliebener Benachrichtigung) in Bezug auf Einrichtungen ausgeschlossen werden, die nach ihrer primären Zweckbestimmung und dem äußeren Erscheinungsbild weder Pflegedienst noch Pflegeheim sind (BT-Drs. 13/3696, 15).

Abs. 3 S. 4 verpflichtete jede Einrichtung, die in den Genuss des Bestandsschutzes **12** kommen wollte, bis zum 31.3.1995 (bei ambulanten Einrichtungen) bzw. bis zum

30.9.1995 (bei stationären Einrichtungen, vgl. Abs. 4) die Voraussetzungen für den Bestandsschutz durch **Vorlage von Vereinbarungen** mit Sozialleistungsträgern (aus der Zeit vor dem 1.1.1995) sowie durch Vorlage von Unterlagen, die zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Einrichtung geeignet sind, nachzuweisen. Einzuzureichen waren diese Unterlagen bei **einem** Landesverband der Pflegekassen. Nach S. 2 ist die Negativfeststellung von den „zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1)“ zu treffen. Der Verweis auf § 72 Abs. 2 S. 1 dürfte nur für die Bestimmung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe Bedeutung haben, sich aber nicht auf die Landesverbände der Pflegekassen beziehen, mit der Folge, dass auch die Negativfeststellung nur von allen Landesverbänden gemeinsam getroffen werden kann. Zwar ordnet § 81 S. 1 die gemeinsame Aufgabenerfüllung bei allen den Landesverbänden nach dem siebten und achten Kapitel zugewiesenen Aufgaben an. Hätte man es jedoch hierbei auch im Rahmen von Abs. 3 S. 2 bewenden lassen wollen, so wäre die Bezeichnung **zuständige** Landesverbände unverständlich. Sie deutet vielmehr darauf hin, dass die Negativfeststellung nur von den für die übergeleiteten Verträge zuständigen Landesverbänden zu treffen ist.

5. Stichtage für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

- 13 Abs. 4 enthält für vollstationäre Pflegeeinrichtungen andere Stichtage, da die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege (zu diesem Begriff vgl. → § 71 Rn. 6) frühestens ab dem 1.7.1996 gewährt werden (Art. 68 Abs. 3 PflegeVG iVm Art. 69 Abs. 1 PflegeVG), vgl. hierzu im Einzelnen → Rn. 7 ff.

§ 74 Kündigung von Versorgungsverträgen

(1) ¹Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 Satz 1, Absatz 3a oder Absatz 3b nicht oder nicht mehr erfüllt; dies gilt auch, wenn die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen. ²Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen. ³Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Träger der Pflegeeinrichtung insbesondere vereinbaren, dass

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

(2) ¹Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn die Einrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, daß ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. ²Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung zu

Schaden kommen oder die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet. ³Das gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheimes nach den heimrechtlichen Vorschriften die Betriebslaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt wird. ⁴Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) ¹Die Kündigung bedarf der Schriftform. ²Für Klagen gegen die Kündigung gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Regel-Ausnahme-Verhältnis von Mängelbeseitigung und Kündigung	3
IV. Mängelbeseitigung (Abs. 1 S. 3)	4
1. Mängelbeseitigungsauflage (§ 115 Abs. 2 S. 1)	5
2. Mängelbeseitigungsvereinbarung (Abs. 1 S. 3 Nr. 1)	6
3. Vorläufiger Versorgungsausschluss (Abs. 1 S. 3 Nr. 2)	7
V. Fristgebundene Kündigung (Abs. 1 S. 1)	8
1. Kündigung durch den Einrichtungsträger	9
2. Kündigung durch die Kostenträger	10
VI. Fristlose Kündigung (Abs. 2)	11
VII. Formerfordernis und Rechtsschutz (Abs. 3)	12

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch **Art. 1 PflegeVG** eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 138 zu § 83). Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurde lediglich in Abs. 1 S. 2 die Bezeichnung des Sozialhilfeträgers geändert (vgl. BT-Drs. 12/5920, 72; zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 46). Mit dem **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) ist in Abs. 1 zum einen S. 1 um Hs. 2 ergänzt und zum anderen S. 3 eingefügt worden. Außerdem sind in Abs. 2 die Worte „dem Heimgesetz“ durch die Wendung „heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt worden (zur Begr. vgl. BT-Drs. 16/7439, 68). Abs. 1 S. 1 Hs. 1 wurde durch Art. 2 Nr. 22 des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (**GVWG**) vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) mWv 1.9.2022 aufgrund der gleichzeitigen Einfügung von § 72 Abs. 3a und 3b um eine Bezugnahme hierauf ergänzt (vgl. BT-Drs. 19/30560, 67).

II. Normzweck

§ 74 regelt **Voraussetzungen** und **Form** der Auflösung von Versorgungsverträgen durch deren **Kündigung** sowie **mildere Mittel zur Vermeidung dessen**. Insofern verdrängt die Vorschrift die allgemeinen Regelungen über die Zurücknahme von Verwaltungsakten insbesondere bei geänderter Sachlage nach §§ 45 ff. SGB X. An deren Stelle regelt sie – dem vertragsrechtlichen Modell des Zugangs zur Pflegeversorgung entsprechend (vgl. § 72) – eine an das vertragsrechtliche Kündigungsrecht angelehnte Form der Beendigung der Zulassung zur Pflegeversorgung für den Fall, dass die Zulassungsvoraussetzungen von der Pflegeeinrichtung dauerhaft nicht oder nicht mehr erfüllt werden.

III. Regel-Ausnahme-Verhältnis von Mängelbeseitigung und Kündigung

- 3 Nach der durch das Pflege-WEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) eingefügten Regelung des Abs. 1 S. 3 **können** die Landesverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe **zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrages** mit dem Träger der Pflegeeinrichtung **insbesondere** vereinbaren, dass die verantwortliche Pflegefachkraft sowie weitere Leitungskräfte zeitnah erfolgreich **geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen** absolvieren oder die Pflege, Versorgung und Betreuung **weiterer Pflegebedürftiger** bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig **ausgeschlossen** ist. Damit soll den Kosten- und Einrichtungsträgern die Möglichkeit der **einvernehmlichen Beseitigung von Kündigungsgründen** gegeben werden (vgl. BT-Drs. 16/7439, 68). Die Regelung ist Ausdruck des **Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes**, der die zwangsweise Beendigung der Zulassung zur pflegerischen Versorgung der Versicherten nur erlaubt, wenn **zumutbare andere Maßnahmen** zur Herstellung gesetzmäßiger Zustände **ausscheiden** (in diesem Sinne auch zum Rangverhältnis zwischen der Kündigung nach Abs. 1 und Abs. 2 BSG 12.6.2008 – B 3 P 2/07 R, BSGE 101, 6 = SozR 4–3300 § 79 Nr. 1 Rn. 29 = BeckRS 2008, 57386). Insoweit war der Weg der einvernehmlichen Mängelbeseitigung bereits vor Ergänzung von Abs. 1 durch S. 3 **im bis dahin geltenden Recht angelegt**. Danach **gebietet** das den Kostenträgern in Abs. 1 S. 1 Hs. 1 eingeräumte **Ermessen** – wonach der Versorgungsvertrag gekündigt werden „kann“ – die Prüfung, ob ein die zwangsweise Beendigung der Zulassung rechtfertigender Mangel (dazu → Rn. 10 ff.) von der Pflegeeinrichtung in einer für Versicherte und Kostenträger zumutbaren Weise voraussichtlich **abgestellt werden kann** und ob dazu **Bereitschaft** besteht. Ist das der Fall, hat die Mängelbeseitigung nach Art. 12 Abs. 1 GG regelmäßig **Vorrang** vor der Vertragsbeendigung durch Kündigung (in diese Richtung, allerdings weniger deutlich auch die Materialien, vgl. BT-Drs. 16/7439, 68). Insoweit bringt die Neuregelung des Abs. 1 S. 3 ein **Regel-Ausnahme-Verhältnis von Mängelbeseitigung und Kündigung** zum Ausdruck, der eine Kündigung nur erlaubt, wenn zumutbare Möglichkeiten der Vertragsfortsetzung nicht bestehen. Grundsätzlich hat deshalb die Mängelbeseitigung **Vorrang** und der Träger der Pflegeeinrichtung demgemäß **Anspruch auf fehlerfreie Ausübung** des in S. 3 begründeten **Entscheidungs- und Auswahlermessens durch die Kostenträger**, wonach Maßnahmen zur Vermeidung der Kündigung vereinbart werden „können“ (iE ebenso LPK-SGB XI/Planholz Rn. 9: gestaffeltes Verfahren). Machen die Träger von diesem Ermessen **keinen dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Gebrauch** – unter Beachtung der Begründungsanforderungen nach § 35 Abs. 1 S. 3 SGB X (vgl. dazu Schütze/Engelmann SGB X § 35 Rn. 6 ff.) –, so ist die Kündigung **rechtswidrig**.

IV. Mängelbeseitigung (Abs. 1 S. 3)

- 4 Als „insbesondere“ in Betracht zu ziehende Formen der einvernehmlichen Mängelbeseitigung werden in Abs. 1 S. 3 die **Fort- und Weiterbildung der verantwortlichen Pflegefachkraft** sowie der **vorübergehende Stopp weiterer Leistungsaufträge** genannt. Zusammen mit der in der Regelung nicht aufgeführten, ihr systematisch aber zuzurechnenden Bestimmung des § 115 Abs. 2 S. 1 bestehen danach **mindestens drei mögliche Formen** der Beseitigung von Mängeln einer Pflegeeinrichtung, bevor eine Kündigung in Betracht zu ziehen ist (vgl. → Rn. 3). **Hinzu** kommen nach pflichtgemäßem Ermessen in Betracht zu ziehende **weitere**

Möglichkeiten der Mängelbeseitigung, die durch den **nicht abschließenden** Katalog des S. 3 nicht ausgeschlossen sind.

1. Mängelbeseitigungsaufgabe (§ 115 Abs. 2 S. 1)

Erstes – und zwingendes – Mittel zur Beendigung gesetzwidriger Zustände in 5
oder bei Pflegeeinrichtungen ist die **Beseitigungsaufgabe** nach § 115 Abs. 2 S. 1. Danach entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.

2. Mängelbeseitigungsvereinbarung (Abs. 1 S. 3 Nr. 1)

Zweites – und nach dem Vorstehenden regelmäßig vor Auflösung des Versorgungs- 6
vertrages durch Kündigung in Betracht zu ziehendes (vgl. → Rn. 3) – Mittel der Mängelbeseitigung ist die **Mängelbeseitigungsvereinbarung** nach Abs. 1 S. 3 Nr. 1. Die Vorschrift nennt als insbesondere zu erwägende Möglichkeit die der zeitnahen Fort- und Weiterbildung der verantwortlichen Fachkraft und weiterer Leitungskräfte. Darüber hinaus können auch weitere Maßnahmen vereinbart werden, um festgestellte Mängel innerhalb eines definierten Zeitraums überprüfbar abzustellen. In Betracht kommt insbesondere, dass von der Einrichtung ein externer Berater hinzugezogen wird, der Vorschläge zur Mängelbeseitigung unterbreitet und diese von der Einrichtung umgesetzt werden. Insoweit sind die Landesverbände der Pflegekassen im Rahmen ihres nach S. 3 auszuübenden Ermessens verpflichtet, der Einrichtung **die Mängel zu benennen**, ohne deren Beseitigung eine Fortführung des Versorgungsauftrages aus ihrer Sicht unmöglich ist. Zugleich ist ein **Zeitraum zu benennen, innerhalb dessen die Mängelbeseitigung abgeschlossen** sein soll. Auf dieser Grundlage sollte eine Mängelbeseitigungsvereinbarung abgeschlossen werden. Nach der gesetzlichen Konzeption ist eine solche Vereinbarung auch dann möglich, wenn die Pflegeeinrichtung die sich aus § 72 Abs. 3a bzw. 3b ergebenden Verpflichtungen (noch) nicht erfüllt; ihr kann zB Gelegenheit gegeben werden, die Arbeitsverträge anzupassen. Lehnt die Einrichtung eine solche Vereinbarung entweder von vornherein ab oder erfüllt sie die Anforderungen nicht innerhalb angemessener Frist, berechtigt dies – sofern die Mängel einen Kündigungsgrund nach Abs. 1 S. 1 darstellen – zur Kündigung. Gegebenenfalls kann auch der Anspruch einer vorsorglichen fristgebundenen Kündigung zu erwägen sein, die mit einem Vorgehen nach S. 3 Nr. 1 verbunden und hinfällig wird, soweit die Einrichtung die in der Mängelbeseitigungsvereinbarung übernommenen Verpflichtungen erfüllt.

3. Vorläufiger Versorgungsausschluss (Abs. 1 S. 3 Nr. 2)

Drittes Mittel zur – vorübergehenden – Reaktion auf Pflegemängel ist die Verein- 7
barung, die Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig auszuschließen. Diese Selbstbeschränkung kann die Mängelbeseitigungsvereinbarung nach S. 3 Nr. 1 ergänzen und einen adäquaten Weg darstellen, die Probleme in der Einrichtung jedenfalls nicht zu vertiefen. Allerdings wird ein vorübergehender Aufnahmestopp vor allem angezeigt sein, wenn **akut sehr erhebliche Pflegemängel bestehen** und deshalb die **fristlose Kündigung** des Versorgungsvertrages zu erwägen ist. Deshalb kann fraglich erscheinen, ob das Mittel des vorläufigen Versorgungsausschlusses bei für eine fristgebundene Kündigung relevanten Mängelsituationen ein zur vorübergehenden Mängelbeseitigung gangbarer Weg ist.

V. Fristgebundene Kündigung (Abs. 1 S. 1)

- 8 Liegen Gründe für eine fristlose Auflösung des Versorgungsvertrages nach Abs. 3 (hierzu → Rn. 11) nicht vor, kann der Versorgungsvertrag unter den Voraussetzungen des Abs. 1 S. 1 nur fristgebunden gekündigt werden:

1. Kündigung durch den Einrichtungsträger

- 9 Der Einrichtungsträger kann sich von dem durch Versorgungsvertrag übernommenen Versorgungsauftrag durch Kündigung jederzeit mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise lösen, ohne dabei auf Kündigungsgründe angewiesen zu sein.

2. Kündigung durch die Kostenträger

- 10 Die Landesverbände der Pflegekassen können den Versorgungsvertrag (auch) unter Einhaltung der Jahresfrist des Abs. 1 S. 1 nur kündigen, wenn einer der Kündigungstatbestände des S. 1 vorliegt und nicht angenommen werden kann, dass die Einrichtung den gesetzlichen Anforderungen in Zukunft genügen wird.
- 10a Ein beachtlicher Kündigungsgrund liegt insoweit nach **S. 1 Hs. 1** zunächst vor, wenn die Einrichtung nicht nur vorübergehend eine der **Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 S. 1** nicht oder nicht mehr erfüllt. Das ist der Fall, wenn sie entweder den Anforderungen des § 71 nicht mehr genügt, nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bietet oder die in § 72 Abs. 3a oder 3b geforderte tarifliche bzw. tarifierorientierte Vergütung nicht (mehr) zahlt, den Anforderungen des § 113 nicht mehr genügt oder die ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen nicht mehr ermöglicht (hierzu → § 72 Rn. 4 ff.; zu den verfassungsrechtlichen Bedenken bzgl. einer „Tariftreue“ bzw. „Tarifierorientierung“ nach § 72 Abs. 3b → § 72 Rn. 8).
- 10b Im Weiteren liegt nach der durch das PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) eingefügten Regelung des **S. 1 Hs. 2** ein Kündigungsgrund auch dann vor, wenn die Einrichtung **ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt**, den Pflegebedürftigen ein möglichst selbstständiges und **selbstbestimmtes Leben zu bieten**, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen. Durch diese Ergänzung sind die Kündigungstatbestände der fristgebundenen Kündigung noch mehr materiell angereichert und die Wahrung der Interessen der in der Einrichtung versorgten Pflegebedürftigen deutlicher als zuvor zum Maßstab der Auflösung des Versorgungsvertrages erhoben worden. Danach bietet die Situation in der Einrichtung Anlass zur Kündigung nach Abs. 1 S. 1 erstens bei **grundlegenden Strukturmängeln**, insbesondere wenn es an der notwendigen Leitung der Pflege durch eine **verantwortliche Pflegefachkraft** mangelt (§ 71 Abs. 2 Nr. 1, hierzu → § 71 Rn. 26 ff.) oder die Einrichtung nicht für ein **ausreichendes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement** Sorge tragen kann (§ 113). Zweitens besteht Anlass zur Kündigung bei – mit Strukturmängeln wohl regelmäßig einhergehenden – **Mängeln der Ergebnisqualität** im Sinne „gröblicher“ und wiederholter Verstöße gegen die Interessen einzelner Pflegebedürftiger. Liegen solche Mängel nicht nur vorübergehend vor (S. 1 Hs. 1) und sind sie nicht zu beheben (Abs. 1 S. 3, vgl. → Rn. 4), rechtfertigt dies die Kündigung. Hierbei ist zwar auf der einen Seite die Grundrechtsposition des Einrichtungsträgers aus Art. 12 Abs. 1 GG zu berücksichtigen. Andererseits vermag sie ein Festhalten an dem Versorgungsvertrag nur zu rechtfertigen, wenn greifbare Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Einrichtung Mängel zu Lasten der Heimbewohner voraussichtlich wird abstellen können. Werden die gesetzlichen

Anforderungen im Verlauf der Kündigungsfrist wiederhergestellt, so sind die Landesverbände zur Rücknahme der Kündigung verpflichtet, soweit nicht eine positive Prognose gleichwohl als **ausgeschlossen erscheint** (zB bei wiederholten Missständen; vgl. etwa LSG BW 14.5.2004 – L 4 P 365/04, BeckRS 2004, 31379615; vgl. auch BayLSG 11.11.2015 – L 2 P 14/13, BeckRS 2016, 65227).

VI. Fristlose Kündigung (Abs. 2)

Wiegen die Kündigungsgründe so schwer, dass den **Pflegekassen** und – vor allem – den **Heimbewohnern** das Festhalten an dem Versorgungsvertrag bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nach Abs. 1 S. 1 nicht zugemutet werden kann, besteht das Recht zur fristlosen Kündigung nach Abs. 2. Das soll anzunehmen sein, 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 (Abs. 2 S. 1). Diese Formel hat indes für sich genommen wenig Aussagekraft, weil auch die fristgebundene Kündigung teilweise an das Merkmal der gröblichen Pflichtverletzung anknüpft (Abs. 1 S. 1 Hs. 2, vgl. dazu → Rn. 10 ff.) und der Sache nach auch voraussetzt, dass eine Fortsetzung des Versorgungsvertrages unzumutbar ist. Entscheidend sind deshalb weniger die in Abs. 2 S. 1 formulierten Maßstäbe als vielmehr die Frage, ob eine Fortsetzung der Versorgung durch die Einrichtung bis zum Ablauf der ordentlichen Kündigungsfrist nach Abs. 1 S. 1 **ohne gravierende Nachteile insbesondere für die Heimbewohner** hingenommen werden muss. Insoweit ist mit dem Maßstab der Zumutbarkeit in Abs. 2 S. 1 das Festhalten an dem Versorgungsvertrag **bis zum Ablauf der ordentlichen Kündigungsfrist** gemeint. Maßgebend hierfür sind die in Abs. 2 S. 2 und 3 aufgeführten **Regelbeispiele**. Hiernach ist der Ablauf der ordentlichen Kündigungsfrist insbesondere dann nicht hinnehmbar, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung der Einrichtung zu Schaden kommen oder diese nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet oder die heimrechtlichen Voraussetzungen für den Betrieb nicht mehr erfüllt. Nach der Rspr. des BSG geben diese Regelbeispiele einen Maßstab für die bei der Anwendung des unbestimmten Rechtsbegriffs der Unzumutbarkeit der Vertragsfortsetzung erforderliche **Verhältnismäßigkeitsprüfung** zwischen den Interessen der Versichertengemeinschaft einerseits und der Pflegeeinrichtung andererseits an der Fortsetzung bzw. an der Beendigung des Vertragsverhältnisses angesichts einer gröblichen Pflichtverletzung. Danach können jedenfalls zurechenbare **vorsätzliche Straftaten** (Körperverletzung und Abrechnungsbetrug) grds. die fristlose Kündigung rechtfertigen. In anderen Fällen der Pflichtverletzung hat sich die Entscheidung daran zu orientieren, ob ein **vergleichbares Niveau an Pflichtwidrigkeit** vorliegt. Dies erfordert regelmäßig eine zusätzliche Prüfung der „Gröblichkeit“ der Pflichtverletzung und der Verhältnismäßigkeit der sofortigen Vertragsauflösung (vgl. BSG 12.6.2008 – B 3 P 2/07 R, SozR 4–3300 § 79 Nr. 1 Rn. 28 = BeckRS 2008, 57386).

VII. Formerfordernis und Rechtsschutz (Abs. 3)

Der Versorgungsvertrag kann von den Vertragsparteien nur **schriftlich** (Abs. 3) **12** mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wobei die Kündigung sich auf den gesamten Vertrag oder Teile davon beziehen kann. **Vertragsparteien** sind nur die Pflegeeinrichtung und die gemeinsam handelnden (§ 81 Abs. 1 S. 1) Landesverbände der Pflegekassen. Die Träger der Sozialhilfe sind am Vertragsschluss zwar beteiligt, selbst aber nicht Vertragspartei. Auch vor der Kündigung ist jedoch in gleicher Weise wie beim Abschluss eines Versorgungsvertrages (§ 72 Abs. 2 S. 1)

das **Einvernehmen mit den Trägern der Sozialhilfe** herzustellen (zu diesem Erfordernis vgl. BSG 12.6.2008 – B 3 P 2/07 R, BSGE 101, 6 = SozR 4–3300 § 79 Nr. 1 Rn. 24 ff. = BeckRS 2008, 57386). Der Gesetzgeber sieht in der Kündigung einen **belastenden VA**, wie der Verweis in Abs. 3 S. 2 auf § 73 Abs. 2 S. 2 deutlich macht (BSG 12.6.2008 – B 3 P 2/07 R, BSGE 101, 6 = SozR 4–3300 § 79 Nr. 1 Rn. 12 f. = BeckRS 2008, 57386; BeckOGK/Schmidt Rn. 29; aA Hauck/Noftz/Luthe Rn. 46; Krauskopf/Knittel Rn. 15; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 37). Die Rspr. hat diese Wertung in Bezug auf die Weigerung der Pflegekassen, mit einer Pflegeeinrichtung einen Versorgungsvertrag abzuschließen, gebilligt (BSG 6.8.1998 – B 3 P 8/97 R, BSGE 82, 252 (254) = SozR 3–3300 § 73 Nr. 1 = NZS 1999, 298). Ausgehend von dem dieser Rspr. zugrunde liegenden Rechtsgedanken der Zwei-Stufen-Lehre kann für die Kündigung nichts anderes gelten (dazu → § 73 Rn. 6). Hieraus folgt nach § 24 Abs. 1 SGB X, dass vor Ausspruch der Kündigung grundsätzlich eine **Anhörung** zu erfolgen hat. Allerdings ist zu bedenken, dass sich die Vertragspartner langfristig (ein Jahr) auf die Auswirkungen der Kündigung einstellen und diese ggf. noch abwenden können (vgl. zu Folgen von Verhaltensänderungen während des Rechtsstreits in der vergleichbaren Situation des Vertragsarztrechts BSG 20.4.2004 – B 6 KA 67/03 R, BSGE 93, 269 = SozR 4–2500 § 95 Nr. 9 = BeckRS 2005, 40305).

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

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. ²Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. ³Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe oder anderer nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Träger, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluß zu beteiligen. ⁴Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich. ⁵Sie sind von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen.

(2) ¹Die Verträge regeln insbesondere:

1. den Inhalt der Pflegeleistungen einschließlich der Sterbebegleitung sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
 - 1a. bei häuslicher Pflege den Inhalt der ergänzenden Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen,
2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung, der Kostenübernahme, der

Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,

3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
5. Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,
6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,
7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,
8. die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten,
9. die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können,
10. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Personalbeschaffung sowie geeignete Qualitätsnachweise für die Anwerbung von Pflegepersonal aus Drittstaaten bei den Vergütungsverhandlungen, soweit nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 4 umfasst.

²Durch die Regelung der sächlichen Ausstattung in Satz 1 Nr. 3 werden Ansprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 des Fünften Buches auf Versorgung mit Hilfsmitteln weder aufgehoben noch eingeschränkt.

(3) ¹Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder

1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder
 2. landesweite Personalrichtwerte
- zu vereinbaren. ²Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. ³Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. ⁴Die Personalrichtwerte nach Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens
1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegegrad (Personalanhaltszahlen), sowie
 2. im Bereich der Pflege, der Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

⁵Die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 2 Nummer 3 sind auch daraufhin auszurichten, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann. ⁶Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte auf Grundlage einer einrichtungsspezifischen Konzeption, mit denen

die vertraglich vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird.

(4) ¹Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgesetzt. ²Satz 1 gilt auch für Verträge, mit denen bestehende Rahmenverträge geändert oder durch neue Verträge abgelöst werden sollen.

(5) ¹Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. ²Satz 1 gilt entsprechend für die von der Schiedsstelle nach Absatz 4 getroffenen Regelungen. ³Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(6) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. ²Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.

(7) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. ²Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt unmittelbar nach Aufhebung der gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 erlassenen Rechtsverordnung in Kraft und ist den im Land tätigen zugelassenen Pflegeeinrichtungen von den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich bekannt zu geben. ³Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Regelungskompetenzen	3
1. Vereinbarungszweck	4
2. Regelungsgegenstände (Abs. 2 und 3)	5
a) Leistungsabwicklung	6
b) Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung	7
IV. Zustandekommen und Änderung	8
1. Vertragspartner (Abs. 1)	9
2. Vertragsschluss	10
3. Schiedsverfahren (Abs. 4)	11
4. Kündigung (Abs. 5)	12
V. Regelungswirkung (Abs. 1 S. 4)	13
VI. Rechtsschutz	14
VII. Empfehlungen auf Bundesebene (Abs. 6)	15

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch **Art. 1 PflegeVG** eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 138 f. zu § 84). Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens erfolgten zahlreiche Änderungen im Detail: Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurde Abs. 1 S. 1 und Abs. 5 um die Beteiligung des MD ergänzt; die Regelung über die Beteiligung der Sozialhilfeträger in Abs. 1 S. 3 wurde neu gefasst und die in Abs. 3 S. 2 enthaltenen Stichtage wurden geändert (BT-Drs. 12/5920, 72 f.; zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 46). Die Stichtage in Abs. 3 wurden in beiden Vermittlungsverfahren (BT-Drs. 12/6424 und BT-Drs. 12/7323) erneut geändert; im zweiten Vermittlungsverfahren wurden außerdem Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 3 S. 2 geändert. Durch das **PQsG** vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) ist auf der Grundlage des RegE sowie des Ergebnisses der Ausschussberatungen im Wesentlichen die Regelung zur Einführung von Personalbedarfsermittlungsverfahren oder Richtwerten in Abs. 3 eingeführt worden (zur Begr. vgl. BT-Drs. 14/5395, 29 und BT-Drs. 14/6308, 31). Durch Art. 10 Nr. 7 des Gesetzes zur **Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch** vom 27.12.2003 (BGBl. I 3022) ist in Abs. 1 S. 3 jeweils das Wort „Sozialhilfeträger“ durch die Wörter „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt worden. Durch Art. 8 Nr. 22 des **GKV-WSG** vom 26.3.2007 (BGBl. I 378) wurden mW zum 1.4.2007 in Abs. 6 S. 1 die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ und die Wörter „Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt. Schließlich wurde durch das **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mW zum 1.7.2008 die Überschrift geändert, erhielt in Abs. 2 die Nr. 3 die aktuelle Fassung und wurden in Abs. 2 die Nr. 9 sowie S. 2 angefügt und die Regelung des Abs. 7 neu eingeführt (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 16/7439, 68 f. und BT-Drs. 16/8525, 100). Durch Art. 3 Nr. 2 des **Hospiz- und Palliativgesetzes** vom 1.12.2015 (BGBl. I 2114) ist die Listung der Vertragsgegenstände in Abs. 2 S. 1 um die Leistungen zur Sterbebegleitung (Nr. 1) und sodann durch Art. 1 Nr. 15a und 16 des **PSG III** vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) um weitere Einzelpunkte ergänzt worden. Änderungen wurden auch durch Art. 2 Nr. 34 des **PSG II** vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Abs. 3 S. 4 Nr. 1 bzw. redaktioneller Art durch Streichung von Abs. 3 S. 5 (vgl. BT-Drs. 18/5926, 136) vorgenommen. Mit Art. 11 Nr. 15 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – **PpSG** – vom 3.6.2021 (BGBl. I 2394) erhielt Abs. 3 einen neuen S. 5, der die Flexibilisierung des Einsatzes von Pflegekräften desselben Einrichtungsträgers in unterschiedlichen Versorgungsbereichen ermöglicht (vgl. BT-Drs. 19/4453, 103). Eine rein redaktionelle Anpassung brachte Art. 10 Nr. 16 des MDK-Reformgesetzes vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789) in Bezug auf die Bezeichnung des Medizinischen Dienstes in Abs. 1 S. 1 und Abs. 6 S. 1. Eine Erweiterung der zu regelnden Vertragsinhalte hinsichtlich digitaler Pflegeanwendungen (vgl. §§ 39a, 40a) erfolgte durch Art. 5 Nr. 16 **Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPmG)** vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) in Abs. 2 Nr. 1a (BT-Drs. 19/27652, 144 f.). Mit dem Aufgreifen früherer Vorschläge des Bundesrats hat der Gesetzgeber durch Art. 2 Nr. 23 **Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)** vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) in Abs. 1 S. 3 eine Anpassung an landesrechtliche Regelungen zur Zuständigkeit von Sozialhilfeträgern vorgenommen (vgl. BT-Drs. 19/30560, 67). Bei der Streichung von Abs. 2 S. 1 Nr. 10 durch Art. 2 Nr. 24 **GVWG** – wodurch die bisherige Nr. 11 zu Nr. 10 wurde – handelt es sich um eine Folgeänderung zur zeitgleichen Einführung von § 72 Abs. 3a und 3b. Schließlich normiert der Gesetzgeber mit Art. 1 Nr. 28 lit. a des **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG)** vom

19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023 in Abs. 1 S. 5 eine Veröffentlichungspflicht. Gleichzeitig erweitert er den Inhalt der Verträge in Abs. 2 Nr. 10 (Art. 1 Nr. 28 lit. b) und in Abs. 3 S. 6 (Art. 1 Nr. 28 lit. c) um Nachweisanforderungen bzw. Regelungen zur Schaffung von Personalpools und Ausfallkonzepten (vgl. zum Ganzen BT-Drs. 20/6544, 73 f.).

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift bezweckt die **konkretisierende Steuerung des Leistungsgeschehens** durch die **Selbstverwaltung** von Kostenträgern und Leistungserbringern. Vorbild dafür ist das Selbstverwaltungsmodell der GKV insbesondere im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. §§ 82 ff. SGB V) sowie des Krankenhausrechts (vgl. § 112 SGB V), das schon seit langem die Leistungserbringung in der GKV wesentlich prägt (eingehend dazu Engelmann NZS 2000, 1 ff.; NZS 2000, 76 ff.). Dem folgend soll auch in der sozialen Pflegeversicherung die im Gesetz vielfach notwendig auf unbestimmte Rechtsbegriffe beschränkte Regelung des Leistungs- und des Leistungserbringungsrechts auf **Selbstverwaltungsebene** weiter konkretisiert und für die Leistungserbringung handhabbar ausgeformt werden. Bezweckt ist damit eine Entlastung des Gesetz- und Verordnungsgebers von Regelungen, die nach seiner Einschätzung von den Betroffenen mit größerer Sachnähe adäquater getroffen werden können. Das erscheint weitgehend unbedenklich, soweit die Regelungsbefugnisse insbesondere auf Verfahrensabsprachen über Abrechnung und die technische Abwicklung des Leistungsgeschehens zielen (vgl. etwa Abs. 2 Nr. 2 und 6). Problematischer kann es dagegen sein, soweit sie auf **Leistungsansprüche von Versicherten** durchschlagen können (vgl. etwa Abs. 2 Nr. 1 und 1a). Dem ist im Zweifel durch eine dem Vorrang des Leistungsrechts entsprechende Auslegung der Vertragskompetenzen Rechnung zu tragen (ähnlich BeckOGK/Schmidt Rn. 16).

III. Regelungskompetenzen

- 3 Die Befugnisse nach § 75 sind bestimmt durch den in Abs. 1 S. 1 Hs. 2 allgemein auf die Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten ausgerichteten **Vereinbarungszweck** sowie den **Katalog einzelner Vertragsgegenstände** nach Abs. 2 und 3. Hiernach können Rahmenverträge geschlossen werden, soweit sie durch die Regelungsziele nach Abs. 1 S. 1 Hs. 1 gerechtfertigt und die Regelungsgegenstände von dem Katalog nach Abs. 2 oder 3 umfasst sind, wobei dieser (vgl. „insbesondere“) nicht abschließend ist (vgl. auch BT-Drs. 12/5262, 139).

1. Vereinbarungszweck

- 4 Zweck der Rahmenverträge ist es gem. Abs. 1 S. 1 Hs. 2, „eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen“. Darin könnte die Berechtigung zu einer weitgehend autonomen Ausgestaltung des Leistungsgeschehens einschließlich der Leistungsansprüche der Versicherten gesehen werden. Eine solche Kompetenz steht den Rahmenvertragspartnern indes nicht zu. Vielmehr entspricht der Regelungsauftrag dem des – auch ansonsten als Vorbild für § 75 herangezogenen – § 112 Abs. 1 SGB V, wonach für die Krankenhausversorgung Verträge zu dem Zweck geschlossen werden, dass „Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen“. Darin kommt deutlicher als in Abs. 1 S. 1 Hs. 2 zum Ausdruck, dass die Regelungskompetenz der Vertragspartner nicht der **Ausgestaltung** der leistungsrechtlichen Ansprüche

che der Versicherten, sondern ausschließlich der **leistungserbringungsrechtlichen Abwicklung** der vorgegebenen leistungrechtlichen Ansprüche dient. Andere Befugnisse haben auch die Vertragspartner nach § 75 nicht. Maßgebend für das Leistungsgeschehen sind die Leistungsansprüche der Versicherten im Verhältnis zu den **Versicherungsträgern**; das ist nach dem SGB XI nicht anders als nach dem SGB V. Daher können die Vertragspartner nicht zu Lasten der Versicherten mit verbindlicher Wirkung abschließend bestimmen, welche Leistungen sie als wirksam und wirtschaftlich iSv § 29 Abs. 1 Hs. 1 beanspruchen können; das ist im Zweifelsfall ausschließlich im Rechtsverhältnis zwischen Versicherten und Pflegekassen zu entscheiden (ähnlich Hauck/Noftz/Luthe Rn. 25 ff.; BeckOGK/Schmidt Rn. 16). Wenn nach Abs. 1 Hs. 2 gleichwohl im Verhältnis zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern Rahmenverträge zur Sicherstellung der wirksamen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten geschlossen werden sollen, so dient dies ausschließlich der **Übertragung** des als vorgegeben gedachten **Leistungsrechts** auf die Ebene der **Leistungserbringung**. Aus Sicht der Pflegekassen zielen die Rahmenverträge nach § 75 damit auf die gesetzmäßige **Umsetzung der leistungrechtlichen Ansprüche** durch die Leistungserbringer, wofür die Pflegekassen den Versicherten nach § 69 S. 1 verantwortlich sind. Gegenstand von Verträgen nach § 75 kann danach jede Regelung sein, die der **Ausgestaltung der Leistungserbringung nach Maßgabe des Leistungsrechts** – zB im Sinne einer Vereinheitlichung – dient und dessen Anforderungen an die Leistungserbringer und ihre Zusammenarbeit mit den Pflegekassen im Hinblick auf das Ziel konkretisiert, eine wirksame – also: qualitätsvolle – und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen.

2. Regelungsgegenstände (Abs. 2 und 3)

Gegenstand der Rahmenverträge sind mindestens die **zwingenden Inhalte nach Abs. 3** sowie – wie sich aus der Möglichkeit der Ersatzvornahme durch die Schiedsstelle (Abs. 4) ergibt – regelmäßige die **Regelungen nach Abs. 2**. Darüber hinaus ist der Katalog des Abs. 2 nicht abschließend (vgl. BT-Drs. 12/5262, 139) und demzufolge eine Ausweitung auf andere Vertragsgegenstände möglich, soweit sie den Regelungszielen nach Abs. 1 S. 1 Hs. 2 (dazu → Rn. 4) dienen. Gegliedert nach Gesichtspunkten von Leistungsabwicklung und Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung betreffen die Rahmenverträge danach regelmäßig folgende Gegenstände:

a) Leistungsabwicklung. Primärer Regelungsgegenstand der Rahmenverträge sind Festlegungen zur **Abwicklung des Leistungsgeschehens** im Verhältnis zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern. Das betrifft zunächst die mehr **technische Seite** beginnend mit dem die Leistungserbringung steuernden Bewilligungs- und Prüfverfahren der Pflegekassen (vgl. Abs. 2 S. 1 Nr. 4) bis hin zu Regelungen zu Abrechnung (vgl. Abs. 2 S. 1 Nr. 2 und 5) und Zahlungsabwicklung. Aus Sicht der Pflegekassen berührt das zum einen die Einhaltung formaler Anforderungen im **Verhältnis zu den Versicherten** sowie weiter Fragen der einrichtungsübergreifenden **Standardisierung der Leistungsabwicklung**; hierzu rechnet auch die nach Abs. 7 aufgenommene Befugnis, die Grundsätze **ordnungsgemäßer Pflegebuchführung** auf Selbstverwaltungsebene festzulegen. Solche Standardisierung kann dem Interesse einzelner Einrichtungen zuwiderlaufen. In der Rspr. des BSG ist aber anerkannt, dass die Pflegekassen zur Erleichterung der verwaltungsmäßigen Handhabung sowie der Vergleichbarkeit der Einrichtungen einheitliche Abrechnungsverfahren einführen können (vgl. BSG 29.1.2009 – B 3 P 8/07 R., SozR 4–3300 § 89 Nr. 1 = BeckRS 2009, 66804). Über die technischen Modalitäten hinaus zählen zur Leistungsabwicklung weiter auch **inhaltliche Festlegungen** zu den von den Einrichtungen zu erbringenden Leistungen (vgl. insbesondere Abs. 2 Nr. 1 und 1a, aber auch Abs. 2 Nr. 8, dazu BSG 24.5.2006 – B 3 P 1/05 R., BSGE 96, 233 = SozR 4–3300 § 72 Nr. 1, NZS 2007, 155). Solche Festlegungen sind **unerlässlich**,

damit im Verhältnis zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern die zu vergütenden Leistungen nach Art und Inhalt insbesondere für die Zulassung zur Leistungserbringung, zur Leistungsabrechnung sowie zur Leistungsstandardisierung festgelegt sind. Sie müssen von den Leistungserbringern auch unter Berücksichtigung ihrer Grundrechtsposition aus Art. 12 Abs. 1 GG hingenommen werden, soweit die wesentlichen Entscheidungen **durch das Gesetz vorgegeben** sind und der vom Gesetz vorgezeichnete Rahmen **gewahrt wird** (vgl. BSG 24.9.2002 – B 3 P 14/01 R., SozR 3–3300 § 72 Nr. 2 S. 8 f. = BeckRS 2002, 167112) und **Eignung und Verhältnismäßigkeit** keinen Bedenken unterliegen. Ebenso besteht eine Verbindlichkeit für die **Versicherten**, soweit die durch Rahmenvertrag getroffene Festlegung eine **Konkretisierung ihrer leistungsrechtlichen Ansprüche** darstellt; im Zweifelsfall haben hierüber auf Feststellungsklage der Versicherten die Gerichte zu entscheiden.

- 7 **b) Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.** Weniger der technischen Abwicklung als vielmehr der Sicherstellung der erforderlichen Pflegequalität sowie der Wirtschaftlichkeit der Versorgung dienen die Rahmenverträge, soweit sie insbesondere in Zusammenhang mit Maßstäben und Grundsätzen für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen (Abs. 2 S. 1 Nr. 3) Regelungen über die **personelle Mindestausstattung in den Einrichtungen** nach Abs. 3 S. 1 sowie andere auf die Versorgungsqualität ausgerichtete Festlegungen treffen. Allerdings gilt insoweit in besonderer Weise, dass die Vertragspartner die Leistungsansprüche der Versicherten nicht in der Art eines Ergänzungsgesetzgebers näher ausgestalten, sondern nur in dem Rahmen weiter konkretisieren dürfen, den der Gesetzgeber vorgegeben hat (vgl. → Rn. 4). Dem entspricht es, wenn in Rahmenverträgen nach Abs. 3 S. 1 keine festen Verhältniszahlen vorgegeben werden, sondern nur ein Korridor bestimmt wird, aus dem sich eine **Unter- und eine Obergrenze der möglichen Betreuungsrelationen** ergibt; das lässt Spielräume zur Konkretisierung der jeweiligen Versorgungsaufträge im Versorgungsvertrag (§ 72 Abs. 1) und mit den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen in der Pflegesatzvereinbarung (§ 84 Abs. 5, hierzu vgl. → § 84 Rn. 15 ff.), die auch den Versicherten Auswahlmöglichkeiten in Bezug auf den gewählten Standard belassen kann. In diesem Regelungskontext ist auch Abs. 3 S. 6 zu sehen, wonach durch individuelle Ausfallkonzepte der Leiharbeitsanteil in der Langzeitpflege zurückgedrängt werden soll (vgl. BT-Drs. 20/6544, 74). Auch ansonsten können die Festlegungen der Rahmenvertragspartner umso weiter gehen, je mehr sie entweder unmittelbare gesetzliche Vorgaben nachvollziehen oder einen konsentierten Stand der fachlichen Erkenntnis für die praktische Umsetzung handhabbar machen. Für die gerichtliche Überprüfung gelten die bereits dargelegten Maßstäbe (vgl. → Rn. 6).

IV. Zustandekommen und Änderung

- 8 Rahmenverträge nach § 75 sind entweder im Verhandlungsweg zwischen den Vertragspartnern zu schließen oder ersatzweise durch die Schiedsstelle (vgl. § 76) festzusetzen:

1. Vertragspartner (Abs. 1)

- 9 Partner der Rahmenverträge sind zum einen die Landesverbände der Pflegekassen und zum anderen die in einem Bundesland tätigen Vereinigungen der Einrichtungsträger, nicht dagegen der Verband der privaten Krankenversicherung im Land (jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 18 ff.; LPK-SGB XI/Planholz Rn. 6; BeckOGK/Schmidt Rn. 5; Hauck/Noftz/Orthen Rn. 4 ff.). Als weitere Vertrags-

partei sind nach Abs. 1 S. 3 bei Rahmenverträgen über ambulante und stationäre Pflege jeweils die Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger oder – bei Rahmenverträgen über ambulante Leistungen – ggfs. andere nach Landesrecht zuständige Sozialhilfeträger (vgl. auch BT-Drs. 19/30560, 67) – sowie bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege – zusätzlich die überörtlichen Sozialhilfeträger zu beteiligen. Die Landesverbände der Pflegekassen können auch die Rahmenverträge nur gemeinsam und einheitlich (vgl. § 81 Abs. 1 S. 1) abschließen und haben hierbei den MD und den Verband der privaten Krankenversicherung im Land zu beteiligen.

2. Vertragsschluss

Bestehen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und der jeweils zuständigen Einrichtung der Sozialhilfeträger (Abs. 1 S. 3) Meinungsverschiedenheiten über den Abschluss eines Rahmenvertrages, so ist zweifelhaft, ob zunächst eine Konfliktlösung nach dem in § 81 vorgesehenen Verfahren durchzuführen ist oder ob beide Seiten unmittelbar die Schiedsstelle anrufen können. Zwar handelt es sich auch beim Abschluss eines Rahmenvertrages um eine gemeinsam zu treffende Entscheidung iSv § 81. Doch kann im Verfahren nach § 81 nicht die Einigung mit der Seite der Einrichtungsträger ersetzt werden. Das spricht eher dafür, dass das Antragsrecht nach Abs. 4 als **spezielle Regelung vorgeht** (so auch Krauskopf/Knittel Rn. 15; jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 51; BeckOK/Wilcken/Daum Rn. 10).

3. Schiedsverfahren (Abs. 4)

Kommt ein Rahmenvertrag nach Abs. 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. Diese Regelung wirft Zweifelsfragen für den Fall auf, dass ein Rahmenvertrag nach Abs. 5 **gekündigt** worden und eine Einigung über eine Neuregelung nicht möglich ist. Dem Gesetzgebungsverfahren lag die Vorstellung zugrunde, dass die Bestimmungen eines gekündigten Vertrages so lange fortgelten, bis ein neuer Vertrag geschlossen ist (vgl. BT-Drs. 12/5262, 139 zu § 84 Abs. 4). Für diese Annahme fehlt im SGB XI jede Grundlage. § 89 Abs. 4 S. 3 SGB V idF des TSVG vom 6.5.2019 (BGBl. I 646) ordnet die Fortgeltung gekündigter Verträge ausdrücklich an; § 89 Abs. 4 S. 2 SGB V ebenfalls idF des TSVG vom 6.5.2019 (BGBl. I 646) sieht weiterhin eine dauerhafte Kompetenz der Schiedsstelle zur Ersetzung bei ausbleibender Einigung bis zum Ablauf von Verträgen vor. Warum entsprechende Regelungen nicht – spätestens zu diesem Zeitpunkt – in § 75 aufgenommen wurden, lässt sich nicht erklären. Eine nach Ablauf des Vertrages fortbestehende Bindung an den Inhalt des ausgelaufenen Vertrages kommt ohne gesetzliche Grundlage nicht in Betracht (ebenso Hauck/Noftz/Luthe Rn. 48). Allenfalls kann angenommen werden, dass die Schiedsstelle ihrer Entscheidung bei einem etwaigen Auslaufen der alten Regelung **Rückwirkung** beimisst.

4. Kündigung (Abs. 5)

Die Rahmenverträge können von jeder Vertragspartei ganz oder teilweise gekündigt werden. Dies gilt auch dann, wenn der Inhalt eines Vertrages durch eine Entscheidung der Schiedsstelle festgesetzt worden ist. Die Kündigung wird erst nach einem Jahr wirksam. Die Entscheidung der Schiedsstelle kann von den Vertragsparteien auch ohne Kündigung durch eine Vereinbarung nach Abs. 1 ersetzt werden (Abs. 5 S. 3). Die im Gesetzgebungsverfahren geäußerte Auffassung, nach Ablauf eines gekündigten Vertrages seien die Bestimmungen dieses Vertrages bis zum Abschluss eines neuen Vertrages weiter gültig, findet im Gesetz keine Grundlage (vgl. → Rn. 11).

V. Regelungswirkung (Abs. 1 S. 4)

- 13 Die auf Länderebene abgeschlossenen Rahmenverträge entfalten nach Abs. 1 S. 4 Bindungswirkung im Inland, dh sie haben **unmittelbar bundesweite Verbindlichkeit**. Sie sind damit – wie auch die Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 113 – für sämtliche zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland auch dann verbindlich, wenn ihre Geltung nicht zum Gegenstand des individuellen Versorgungsvertrages (nach § 72) gemacht worden ist. Hieraus folgt zugleich, dass der Inhalt von Rahmenverträgen auch die zuvor iRe Versorgungsvertrages vereinbarten **Individualabreden verdrängt** (ebenso Krauskopf/Knittel Rn. 9; aA LPK-SGB XI/Planholz Rn. 10). Das SGB XI überträgt damit **Regelungstechniken des Vertragsarztrechts**, die dort auf der Satzungsgewalt der an der vertraglichen Normsetzung beteiligten öffentlich-rechtlichen Körperschaften (Krankenkassen und KÄVen) beruhen, auf das Leistungserbringerrecht der sozialen Pflegeversicherung, obgleich die Leistungserbringerseite hier nicht in vergleichbarer Weise organisiert ist (LPK-SGB XI/Planholz Rn. 9; vgl. auch Udsching NZS 1999, 473 (475)). Bei den Vereinigungen der Einrichtungsträger handelt es sich idR um privatrechtlich organisierte Zusammenschlüsse, die auch gegenüber ihren Mitgliedern nicht zur Rechtsetzung befugt sind (vgl. Neumann VSSR 1994, 309 (320); SDSRV 38 (1994), 109 (114 ff.)). Umso mehr wird die **Verbindlichkeitsanordnung** des Abs. 1 S. 4 für solche Pflegeeinrichtungen problematisiert, die **keiner** der an der Rahmenvertragssetzung beteiligten Vereinigungen angehört (sog. Außenseiterproblematik, vgl. Hauck/Noftz/Luthe Rn. 13 ff.; LPK-SGB XI/Planholz Rn. 9). Das lässt das Bestreben zu individuellen Abreden für einzelne Gruppen von Leistungserbringern nachvollziehbar erscheinen. Andererseits besteht ein erhebliches **allgemeines Interesse** an der **Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen** für die Leistungserbringung und an der **Standardisierung der Leistungsabwicklung**. Das dient insbesondere der **Transparenz des Leistungsgeschehens**, der **Vergleichbarkeit von Leistungen**, der **Vereinfachung der verwaltungsmäßigen Abwicklung** der Leistungen und der **Überprüfung der Leistungen in den Einrichtungen**. Deshalb ist nicht zu beanstanden, dass der Gesetzgeber im Interesse daran der **einheitlichen Steuerung für alle Leistungserbringer** den Vorzug gibt vor unterschiedlichen Lösungen für jede Einrichtung; auch den Interessen der Versicherten würde etwas anderes kaum gerecht werden (vgl. § 7 Abs. 3 S. 1; keine verfassungsrechtlichen Bedenken insoweit auch bei jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, Rn. 29 f.). Insoweit scheint es auch nicht bedenklich, dass sich dem Versorgungssystem des SGB XI nur Leistungserbringer anschließen können, die die Verbindlichkeit der auf Landesebene im Vertragswege – und notfalls im Schiedsverfahren – mit Beteiligung von Vertretern der Leistungserbringer getroffenen Regelungen als Grundlage der Versorgung der Versicherten für sich anerkennen (in diese Richtung für die vertragsärztliche Versorgung ebenfalls Schulin KV-HdB/Ebsen § 7 Rn. 137; ebenso über dynamische Verweisung im Versorgungsvertrag Hauck/Noftz/Luthe Rn. 1; aA dagegen Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 88). Das gilt jedenfalls, wenn bei Wahrnehmung der Regelungskompetenzen die **Grenzen der Gesetzeskonkretisierung** gewahrt werden (vgl. → Rn. 4 ff.).

VI. Rechtsschutz

- 14 Obwohl das SGG ein Normenkontrollverfahren entsprechend § 47 Abs. 1 Nr. 2 VwGO nicht vorsieht, unterliegen auch die Festsetzungen der Rahmenverträge einer vollständigen gerichtlichen Überprüfung. Sie ist auf Klage eines **Leistungserbringers** immer dann eröffnet, wenn entweder aus Anlass eines konkreten **Zulassungsbegehrens** über die Rechtmäßigkeit einer ihm entgegenstehenden Rahmen-

vertragsfestsetzung zu entscheiden ist (vgl. etwa BSG 24.9.2002 – B 3 P 14/01 R, SozR 3–3300 § 72 Nr. 2 = BeckRS 2002, 167112; vgl. zum Rechtsschutz gegen einen Schiedsspruch nach Abs. 4 im Rahmen einer Anfechtungsklage BSG 15.12.2021 – B 3 P 4/19 R, BeckRS 2021, 39875 = NZS 2022, 759 mAnm Wabnitz) oder wenn im Rahmen eines **Feststellungsstreits** über die Verpflichtung einer Einrichtung zu befinden ist, eine von ihr als rechtswidrig erachtete Festsetzung zur Meidung einer Kündigung des Versorgungsvertrages (§ 74) umsetzen zu müssen (vgl. etwa BSG 22.4.2009 – B 3 P 14/07 R, BSGE 103, 78 = SozR 4–3300 § 71 Nr. 1 = BeckRS 2009, 67114). Vergleichbar besteht auch für Versicherte die Möglichkeit der Überprüfung, wenn sie etwa im Wege der Leistungsklage von der Pflegekasse eine Leistung begehren oder im Wege der Feststellungsklage die Klärung der Frage verfolgen, ob eine beanspruchte Leistung von der Pflegeeinrichtung als allgemeine Pflegeleistung zu erbringen ist. In diesem Kontext ist auch die Veröffentlichungspflicht der Rahmenverträge in Abs. 1 S. 5 zu sehen. Effektiver Rechtsschutz kann nur erlangt werden, wenn Betroffene Kenntnis von den Regelungen haben (vgl. zum Gesichtspunkt der Transparenz BT-Drs. 20/6544, 73 f.).

VII. Empfehlungen auf Bundesebene (Abs. 6)

Die in Abs. 6 aufgeführten, auf Bundesebene agierenden Institutionen sollen 15 lediglich Empfehlungen abgeben, die als Grundlage der verbindlichen Rahmenverträge auf Länderebene nach Abs. 1 dienen. Abs. 6 entspricht der Regelung zu Rahmeneempfehlungen über Krankenhausbehandlung in § 112 Abs. 5 SGB V. Zum Inhalt der Empfehlungen vgl. <https://www.gkv-spitzenverband.de/>.

§ 76 Schiedsstelle

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land bilden gemeinsam für jedes Land eine Schiedsstelle. ²Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Angelegenheiten.

(2) ¹Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. ²Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie der überörtlichen oder, sofern Landesrecht dies bestimmt, ein örtlicher Träger der Sozialhilfe im Land an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden. ³Die Vertreter der Pflegekassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Pflegekassen, die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter von den Vereinigungen der Träger der Pflegedienste und Pflegeheime im Land bestellt; bei der Bestellung der Vertreter der Pflegeeinrichtungen ist die Trägervielfalt zu beachten. ⁴Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. ⁵Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch Los bestimmt. ⁶Soweit beteiligte Organisationen keinen Vertreter bestellen oder im Verfahren nach Satz 4 keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benennen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer der beteiligten Organisationen die Vertreter und benennt die Kandidaten.

(3) ¹Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. ²Sie sind an Weisungen nicht gebunden. ³Jedes Mitglied hat eine Stimme. ⁴Die

Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. ⁵Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

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

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

(6) ¹Abweichend von § 85 Abs. 5 können die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 85 Abs. 2) gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson bestellen. ²Diese setzt spätestens bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach ihrer Bestellung die Pflegesätze und den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens fest. ³Gegen die Festsetzungsentscheidung kann ein Antrag auf gerichtliche Aufhebung nur gestellt werden, wenn die Festsetzung der öffentlichen Ordnung widerspricht. ⁴Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. ⁵§ 85 Abs. 6 gilt entsprechend.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Zuständigkeiten der Landesschiedsstellen (Abs. 1)	3
1. Wesentliche Zuständigkeiten	3
2. Weitere Zuständigkeiten und Besetzung der Schiedsstelle	4
3. Rechtsnatur der Festsetzung	6
4. Gerichtlicher Rechtsschutz	7
IV. Zusammensetzung der Schiedsstelle (Abs. 2)	9
V. Rechtsstellung der Schiedsstellenmitglieder (Abs. 3)	12
VI. Verfahrensgrundsätze	13
1. Einleitung des Schiedsverfahrens, vorbereitende Maßnahmen	13
2. Ermittlungspflichten der Schiedsstelle	16
VII. Rechtsaufsicht (Abs. 4)	18
VIII. Schiedsstellen-VO der Länder (Abs. 5)	19
IX. Beschleunigtes Verfahren bei Pflegesatzvereinbarungen (Abs. 6)	20

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden; vgl. Begr. des RegE S. 139. Abs. 2 S. 1 und 2 wurden durch Art. 1 Nr. 43a des PflegeWEG mWv 1.7.2008 geändert. Abs. 6 wurde durch Art. 1 Nr. 43b PflegeWEG angefügt.

II. Normzweck

- 2 Durch die Einrichtung einer Schiedsstelle soll in bestimmten Konfliktsituationen des **Leistungserbringerrechts** durch die Beteiligten selbst unter Einschaltung unparteiischer Personen mithilfe einer **Zwangsschlichtung** eine außergerichtliche Lösung erreicht werden. Die Regelung der Schiedsstelle in § 76 ist aus § 114 SGB V (Landesschiedsstelle bei Konflikten zwischen Krankenkassen und Krankenhausträ-

gern) übernommen worden (BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (200) = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2001, 40654). Die Schiedsstelle (Schiedsamt) hat im Kassenarztrecht eine lange Tradition (§ 89 SGB V, vgl. BeckOGK/Hess SGB V § 89 Rn. 2 ff.). Für das Sozialhilferecht findet sich eine dem § 76 entsprechende Vorschrift in § 80 SGB XII (zuvor § 94 BSHG, vgl. hierzu Hatzl NZS 1995, 448; Schnapp/Düring/Gottlieb, Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens, 2. Aufl. 2016, Kap. I); für die Eingliederungshilfe in § 133 SGB IX. Zur Rechtsnatur der Feststellungen der Schiedsstelle → Rn. 6. Die Regelungen zur Zusammensetzung und zum Verfahren der Schiedsstelle in § 76 beschränken sich auf Grundzüge; die Einzelheiten sind durch Landesrecht zu bestimmen; vgl. die VO-Ermächtigung in Abs. 5.

III. Zuständigkeiten der Landesschiedsstellen (Abs. 1)

1. Wesentliche Zuständigkeiten

Die Schiedsstellen werden von den Landesverbänden der Pflegekassen und den Vereinigungen der Einrichtungsträger auf Landesebene gebildet. Zur Zusammensetzung vgl. → Rn. 5. Die Zuständigkeiten der Schiedsstelle in Angelegenheiten des SGB XI sind in anderen Vorschriften festgelegt. Nach **§ 75 Abs. 3** setzt die Schiedsstelle den Inhalt von Rahmenverträgen fest, soweit sich die Landesverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen in einem Land hierüber nicht einigen können. Der praxisrelevanteste Tätigkeitsbereich der Schiedsstelle ist das Vergütungswesen. Nach **§ 85 Abs. 5** setzt die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze (für stationäre Pflegeleistungen) fest, wenn innerhalb einer Frist von sechs Wochen, nachdem eine Vertragspartei zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, eine Pflegesatzvereinbarung nicht zustande gekommen ist (Mälzer, Das Recht der Vergütungsvereinbarungen der stationären Pflege nach §§ 84, 85 SGB XI (2022), S. 298 ff.). Diese Regelung ist bei fehlender Einigung entsprechend auch auf Vergütungsvereinbarungen für ambulante Pflegeleistungen (§ 89 Abs. 3 S. 3) sowie auf Vereinbarungen der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 S. 3) anzuwenden. Nicht schiedsstellenfähig sind dagegen die Vergütungen von Zusatzleistungen nach § 88 sowie die Investitionskosten nach § 82 Abs. 2, die nach § 82 Abs. 3 bzw. 4 den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden können.

2. Weitere Zuständigkeiten und Besetzung der Schiedsstelle

In einigen Bundesländern erfolgt die **Finanzierung der Ausbildungsvergütung** für Pflegekräfte durch ein landesrechtliches Umlageverfahren; die Höhe der Umlage sowie ihre Berechnungsfaktoren sind von den nach Landesrecht zuständigen Stellen vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen den Landesverbänden der Pflegekassen mitzuteilen. Bei Meinungsverschiedenheiten über die ordnungsgemäße Bemessung und die Höhe des von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu zahlenden Anteils an der Umlage entscheidet die Schiedsstelle nach § 82a Abs. 4 S. 3 unter Ausschluss des Rechtsweges. Bei Verletzung der im Versorgungsvertrag eingegangene **Verpflichtung zu qualitätsgerechter Leistungserbringung** durch die Pflegeeinrichtung (zB dadurch, dass sie weniger Personal einsetzt als vereinbart), ist die vereinbarte Pflegevergütung für die Dauer der Pflichtverletzung um einen Betrag zu kürzen (§ 115 Abs. 3), auf den sich die Beteiligten einigen sollen; bei ausbleibender Einigung hat die Schiedsstelle auf Antrag den Kürzungsbetrag festzusetzen (§ 115 Abs. 3 S. 3).

Für einzelne Aufgaben ist **nicht** die Schiedsstelle in **kompletter Besetzung** zuständig, sondern nur die unparteiischen Mitglieder oder nur der Vorsitzende.

Dies betraf zunächst nur das Pflegesatz- bzw. (bei ambulanten Pflegediensten) das **Pflegevergütungsverfahren**: Zur Stärkung seiner Stellung als Pflegesatzpartei und wegen der Belastung des Sozialhilfeträgers mit den Pflegekosten, die ua durch die Begrenzung der Leistungen der Pflegeversicherung entsteht, wurde dem Sozialhilfeträger das Recht zugestanden, eine nach § 85 Abs. 4 durch Mehrheitsentscheidung der Leistungsträger gegen seinen Willen zustande gekommene Vereinbarung durch die Schiedsstelle überprüfen und ggf. korrigieren zu lassen; wobei er im Voraus verlangen kann, dass die Entscheidung entweder nur vom Vorsitzenden oder vom Vorsitzenden und den beiden unparteiischen Mitgliedern getroffen wird (§ 85 Abs. 5 S. 2). Der Sozialhilfeträger muss in diesem Fall der Pflegesatzvereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluss widersprechen. Die nach § 85 Abs. 4 rechtswirksam zustande gekommene Vergütungsvereinbarung wird durch den Widerspruch nicht (schwebend) unwirksam, sondern bleibt bis zu einem Schiedsspruch der unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle bzw. des Vorsitzenden maßgebend (Riege SGB 2001, 66 (67)). Bei Entscheidungen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen und den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger oder den überörtlichen Sozialhilfeträgern gemeinsam zu treffen sind, kann, wenn zwei Einigungsversuche fehlgeschlagen sind, eine Entscheidung der Schiedsstelle in der Besetzung des Vorsitzenden und der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder beantragt werden (§ 81 Abs. 2 S. 2). Nicht mehr als Schiedsverfahren anzusehen ist dagegen die mit dem PQsG neu geschaffene Streitschlichtung zwischen dem Spitzenverband der Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern bei Meinungsverschiedenheiten über die diesen nach den §§ 69–81 zugewiesenen Aufgaben: Bei fehlender Einigung können diese einvernehmlich einen Schiedsstellenvorsitzenden auswählen, um die erforderliche Entscheidung herbeizuführen (§ 81 Abs. 3). Hier geht es nicht um eine Entscheidung im Schiedsverfahren nach § 76 bei eingeschränkter Besetzung der Schiedsstelle.

3. Rechtsnatur der Festsetzung

- 6 Der Schiedsspruch ist ein Verwaltungsakt iSd § 31 S. 1 SGB X, der grundsätzlich vertragsgestaltende Wirkung hat. Soweit er (wie bei der Zuständigkeit nach § 75 Abs. 3) den Inhalt von Normsetzungsverträgen ersetzt, handelt es sich um Rechtsetzung (grds. aa Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 103), die von den betroffenen Normadressaten (zB den Leistungserbringern) genauso wenig angegriffen werden kann wie der vertragliche Rechtsetzungsakt, den er ersetzt. Gegenüber den jeweiligen Vertragsparteien handelt es sich dagegen um VAe (Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 106; Krahmer/Plantholz/Richter § 76 Rn. 11; BVerwG 1.12.1998 – 5 C 17.97, BVerwGE 108, 47 = NVwZ-RR 1999, 446; BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (202) = BeckRS 2001, 40654; BSG 15.12.2021 – B 3 P 4/19 R Rn. 25, NZS 2022, 759).

4. Gerichtlicher Rechtsschutz

- 7 Der **Rechtsschutz** gegen Entscheidungen der Schiedsstelle ist in § 85 Abs. 5 S. 3 und 4 für die Festsetzung der Pflegesätze ausdrücklich geregelt. In Bezug auf die Festsetzung des Inhalts von Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 3 fehlt eine entsprechende Regelung. Dennoch können die am Schiedsverfahren beteiligten Vertragsparteien den Schiedsspruch gerichtlich überprüfen lassen (Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 109 ff.). Dies folgt schon aus Art. 19 Abs. 4 GG. Zum Streit über die Rechtmäßigkeit eines durch Schiedsspruch eingefügten „Leistungskomplexkatalogs“ als Anlagen in einem Landesrahmenvertrag vgl. BSG 15.12.2021 – B 3 P 4/19 R, NZS 2022, 759. Die Zuständigkeit der Sozialgerichte ergibt sich bereits aus § 51 Abs. 2 S. 2 SGG; die erstinstanzliche Zuständigkeit liegt bei den Landessozialge-

richten (§ 29 Abs. 2 Nr. 1 SGG). Die **gerichtliche Kontrolldichte** gegenüber Schiedssprüchen ist eingeschränkt (vgl. hierzu BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (202) = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2001, 40654 sowie BSG 29.1.2009 – B 3 P 6, 7 und 9/08 R, SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2009, 68260, vgl. hierzu die Anmerkung von Bieback jurisPR-SozR 21/2009 Anm. 3). Der Schiedsstelle steht grundsätzlich eine Einschätzungsprerogative zu; die gerichtliche Überprüfung des Schiedsspruchs beschränkt sich darauf, festzustellen, ob die Schiedsstelle die widerstreitenden Interessen der Vertragsparteien ermittelt, alle für die Abwägung erforderlichen tatsächlichen Erkenntnisse gewonnen und die Abwägung frei von Einseitigkeit in einem den gesetzlichen Vorgaben entsprechenden fairen und willkürfreien Verfahren vorgenommen hat (BVerwG 1.12.1998 – 5 C 17/97, BVerwGE 108, 47 = NVwZ-RR 1999, 446; vgl. hierzu Riege SGB 1999, 504; Udsching NZS 1999, 473 (478)). Das BVerwG hat sich insoweit in Bezug auf die Schiedsstelle nach § 94 BSHG (heute § 80 SGB XII), die derjenigen nach § 76 entspricht, der Rspr. des BSG zur Kontrolldichte gegenüber Entscheidungen der Schiedsstelle im Vertragsarztrecht (BSG 30.10.1963 – 6 RKA 4/62, BSGE 20, 73 = BeckRS 1963, 30406176 zu § 368h RVO) angeschlossen. Speziell zur Einschätzungsprerogative der Schiedsstelle bei der Überprüfung von Landesrahmenverträgen: LSG MV 6.5.2020 – L 6 P 18/19 ER, BeckRS 2020, 9423, SRa 2020, 253 mAnm Philipp.

Im **Sozialgerichtsprozess** ist die Schiedsstelle beteiligtenfähig. Die Schiedsstelle ist ein gemeinsames Entscheidungsgremium von Leistungserbringern und Pflegekassen nach § 70 Nr. 4 SGG. Klagegegner ist daher nicht das jeweilige Land, zumal diesem nur die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle obliegt (§ 76 Abs. 4), sondern die Schiedsstelle selbst, deren fehlende Rechtsfähigkeit ist insoweit nicht maßgebend; vertreten wird sie durch den Vorsitzenden (vgl. zum Ganzen BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (200) = BeckRS 2001, 40654).

IV. Zusammensetzung der Schiedsstelle (Abs. 2)

Zur Organisation der Schiedsstelle vgl. im Einzelnen Schnapp/Düring/Udsching, Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens, 2. Aufl. 2016, Kap. H Rn. 860 ff. Abs. 2 legt nur fest, welche Einrichtungen überhaupt Vertreter in die Schiedsstelle entsenden und von welcher Stelle sie zu bestellen sind. Die Festlegung der Anzahl bleibt der AusführungsVO des jeweiligen Landes vorbehalten. Die Bestellung der Vertreter der Einrichtungsträger ist nur in groben Zügen vorgegeben und muss durch die VO präzisiert werden. Zulasten der Anzahl der von den Pflegekassen zu bestellenden Vertreter ist auch jeweils ein Vertreter des Verbandes der privaten KV sowie der überörtlichen Träger der Sozialhilfe beteiligt. Hierdurch kann es zu einer nicht unproblematischen Vertretung der Gebietskörperschaften in beiden Lagern kommen: zum einen als Vertreter der überörtlichen Träger der Sozialhilfe aufseiten der Pflegekassen und zum anderen als Vertreter öffentlicher Einrichtungsträger (vgl. Udsching NZS 1999, 473 (478 f.)). Die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle einschließlich des Vorsitzenden werden von den an der Schiedsstelle beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt.

Abs. 2 S. 6 lässt den Rückschluss zu, dass die beteiligten Organisationen Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder zu benennen haben. Unterbleibt dies, so benennt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer der beteiligten Organisationen die Kandidaten. Die Wirksamkeit der Bestellung des Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder tritt ein, sobald sich diese gegenüber der zuständigen Landesbehörde (§ 3 Abs. 4 SchVO NRW) bzw. gegenüber dem zuständigen Ministerium (§ 11 Abs. 1 S. 2 SchVO Bayern, § 3 Abs. 1 SchVO Sachsen) bzw. gegenüber der Geschäftsstelle (§ 3 Abs. 3 SchVO Baden-

Württemberg, § 3 Abs. 1 SchVO Berlin; § 2 Abs. 5 SchVO Brandenburg; § 3 Abs. 3 SchVO Hamburg, § 3 Abs. 1 S. 2 SchVO Rheinland-Pfalz, § 3 Abs. 1 S. 2 SchVO Saarland, § 2 Abs. 3 S. 2 SchVO Thüringen) zur Amtsübernahme bereit erklärt haben, mit der schriftlichen Einverständniserklärung der Betroffenen (§ 1 Abs. 3 SchVO Hessen, § 3 Abs. 4 SchVO Schleswig-Holstein) oder mit Bestätigung der Bestellung durch die Aufsichtsbehörde (§ 2 Abs. 2 S. 2 SchVO Niedersachsen).

- 11 Die aufseiten der **Einrichtungsträger** an der Bildung der Schiedsstelle beteiligten Institutionen können auf der Grundlage des SGB XI nicht eindeutig identifiziert werden. Abs. 1 S. 1 spricht von „Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land“. Da die Organisationsstruktur auf der Leistungserbringerseite in der Pflegeversicherung ungleich vielschichtiger ist als in der GKV – es fehlt eine körperschaftliche Organisation wie im Vertragsarztrecht oder eine zentrale Organisation wie die Landeskrankenhausgesellschaft – sind landesrechtliche Vorgaben in der Schiedsstellenverordnung unverzichtbar, die auf regionale Besonderheiten Rücksicht nehmen und – wie in Abs. 2 S. 3 gefordert – dem Grundsatz der Trägervielfalt Rechnung tragen und damit ein **Mindestmaß an Minderheitenschutz** gewährleisten können. Dieser Vorgabe wird die Schiedsstellen-Verordnung des Freistaates Bayern gerecht, weil dort nicht nur die an der Bildung der Schiedsstelle im Einzelnen beteiligten Organisationen benannt sind, sondern auch die zahlenmäßige Vertretung geregelt ist (§§ 9 Abs. 2 und 10 Abs. 1 SchVO Bayern).

V. Rechtsstellung der Schiedsstellenmitglieder (Abs. 3)

- 12 **Abs. 3** legt die **Rechtsstellung der Schiedsstellenmitglieder** (Ehrenamtlichkeit und Weisungsfreiheit) und elementare **Grundsätze des Verfahrens** fest (hierzu BSG 25.1.2017 – B 3 P 3/15 R, BeckRS 2017, 108647). Das Verfahren der Schiedsstelle wird im Übrigen durch unterschiedliche Rechtsgrundlagen bestimmt. Abs. 3 legt selbst nur Grundsätze fest, die die Entscheidungsfindung betreffen: jedes Mitglied hat eine Stimme (S. 3), Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Stimmen getroffen (S. 4). Daneben finden sich Regeln zum Ablauf des Verfahrens bzw. zur Antragstellung, zur Vorbereitung und Durchführung der Sitzungen, zu einzelnen Verfahrensprinzipien (vor allem: Mündlichkeits-, Öffentlichkeits-, Untersuchungsgrundsatz) und Kostenregelungen in den **Schiedsstellen-Verordnungen** der Länder. In den meisten Ländern werden sie durch **Geschäftsordnungen** ergänzt (vgl. Schnapp/Düring, Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens/Udsching, 2. Aufl. 2016, Kap. H Rn. 876 ff.). Ergänzend finden die §§ 9 ff. SGB X über das Verwaltungsverfahren Anwendung. Die §§ 16, 17 SGB X zu Ausschluss und Befangenheit können allenfalls auf die unparteiischen Mitglieder Anwendung finden; ggf. ist gem. § 16 Abs. 4 SGB X vorzugehen. Zur Befangenheit von Mitgliedern der Schiedsstelle vgl. auch Gottlieb SGB 2018, 54. Darüber hinaus sind allgemeine Rechtsgedanken prozessualer Vorschriften heranzuziehen, da es sich auch beim Schiedsverfahren der Pflegeversicherung um ein justizförmig ausgestaltetes Verwaltungsverfahren handelt (Düring, Das Schiedswesen in der GKV, 1992, S. 107).

VI. Verfahrensgrundsätze

1. Einleitung des Schiedsverfahrens, vorbereitende Maßnahmen

- 13 Das Schiedsverfahren wird grundsätzlich nur auf **Antrag** einer antragsberechtigten Partei durchgeführt. Dieser ist schriftlich zu stellen, zu begründen und in der Regel bei der Geschäftsstelle einzureichen (zB § 17 VO Bayern, § 7 SchVO Hessen). Die Antragsberechtigung ist von der zu entscheidenden Materie abhängig. In Vergütungsangelegenheiten sind die in den einschlägigen Regelungen aufgeführten Par-

teien der Pflegesatz- bzw. Vergütungsvereinbarung antragsberechtigt. Hieraus folgt, dass diejenigen Kostenträger, die das in § 85 Abs. 2 festgelegte Quorum nicht erreichen, die Einleitung eines Schiedsverfahrens nicht beantragen können. In einem ggf. nachfolgenden sozialgerichtlichen Verfahren sind sie auch nicht beizuladen (BSG 12.9.2012 – B 3 P 5/11 R. Rn. 23, NZS 2013, 265). In Schiedsverfahren über den Inhalt von Rahmenverträgen sind nur die Partner der Rahmenverträge antragsberechtigt, nicht dagegen die Adressaten der vereinbarten Regelungen. Diese sind darauf beschränkt, vermeintliche Rechtsverstöße in einem Prozess inzident zur Prüfung zu stellen.

Der **Antrag** auf Entscheidung der Schiedsstelle ist nach allen Schiedsstellen-Verordnungen **zu begründen**. Die an die Begründung gestellten Anforderungen sind jedoch unterschiedlich ausgestaltet. Grundsätzlich ist eine Darstellung des Sachverhaltes, insbesondere der bis zur Antragstellung geführten Verhandlungen erforderlich. Ausgehend vom letzten Verhandlungsstand hat der Antragsteller die Elemente des Sachverhaltes aufzuzeigen, über die eine Einigung nicht erzielt werden konnte. Zu den **Mitwirkungs- und Nachweispflichten** der Beteiligten vgl. Schnapp/Düring/Udsching, Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens, 2. Aufl. 2016, Kap. H Rn. 906 ff.

Der Vorsitzende hat im **vorbereitenden Verfahren** alle Maßnahmen zu treffen, die erforderlich sind, um bei der Sitzung der Schiedsstelle eine Entscheidung treffen zu können. Hierfür wird es häufig erforderlich sein, die Beteiligten zur Ergänzung oder Erläuterung ihres schriftlichen Vorbringens aufzufordern und spezielle Unterlagen anzufordern. Eine **Beweiserhebung** durch Zeugenvernehmung, Augenscheinseinnahme oder gar Sachverständigengutachten wird dagegen nur in Ausnahmefällen in Betracht kommen. Sie steht im Regelfall dem vordringlichen Ziel des Schiedsverfahrens entgegen, unverzüglich eine Entscheidung zu treffen (BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (205) = BeckRS 2001, 40654). Diese Zeitvorgabe gilt zumindest für das Pflegesatzverfahren und die Festsetzung der Vergütung für ambulante Pflegedienste (§ 85 Abs. 5 S. 1). Soweit der zeitliche Aspekt es zulässt, ist eine Beweiserhebung durchzuführen, wenn sich die Schiedsstelle auf andere Weise keine ausreichende Entscheidungsgrundlage verschaffen kann. In einigen Schiedsstellen-Verordnungen ist eine Ermächtigung zur Beweiserhebung ausdrücklich enthalten; die Schiedsstelle kann sich jedoch auch auf §§ 20, 21 SGB X berufen.

2. Ermittlungspflichten der Schiedsstelle

Zwar gilt in einem gesetzlich angeordneten Schiedsverfahren nach dem SGB XI mit einer öffentlich-rechtlich ausgestalteten Verfahrensordnung grundsätzlich der Untersuchungs- und nicht der Beibringungsgrundsatz (anders noch LSG Nds 22.8.2001 – L 4 KR 187/98, NZS 2002, 263 (264)), doch sind schon die Ermittlungsmöglichkeiten einer Einrichtung, die sich aus ehrenamtlichen Mitgliedern ohne Verwaltungsunterbau zusammensetzt, begrenzt. In Vergütungs- und Pflegesatzangelegenheiten sind die strukturellen Kapazitäten der Schiedsstelle nicht darauf ausgelegt, eigenständig umfangreiche und zeitaufwendige Ermittlungen vorzunehmen. Entsprechende Vorarbeiten sind vielmehr von den Vertragsparteien zu erbringen und der Schiedsstelle ggf. zur Abwägung und Entscheidung vorzulegen; zu den Darlegungslasten der Parteien vgl. im Einzelnen Schnapp/Düring/Udsching, Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens, 2. Aufl. 2016, Kap. H Rn. 949 ff. Hieraus kann sich für die Schiedsstelle auch die Notwendigkeit ergeben, nach Beweislastgrundsätzen zu entscheiden.

Gänzlich abwegig erscheint die vom BSG (26.9.2019 – B 3 P 1/18 R. Rn. 34, BeckRS 2019, 36393, SRa 2020, 111) vertretene Auffassung, die Schiedsstelle trage „die Gesamtverantwortung“ für die von ihr festgesetzten Entgelte, weshalb sie selbst

eine Einigung zwischen den Parteien auf ihre Angemessenheit zu überprüfen habe. Dies ist schon deshalb unzulässig, weil die Schiedsstelle ohne Anträge der Parteien keine Entscheidung treffen kann. Zudem könnten sich die Parteien auch auf eine Entscheidung durch eine Schiedsperson nach Abs. 6 einigen und dadurch eine Entscheidung durch die Schiedsstelle umgehen (zur Kritik: Bieback SGB 2023, 8 (9); Udsching jurisPR-SozR 6/2020 Anm. 4; Gottlieb SGB 2020, 329; Plantholz SRA 2020, 97 (99)).

VII. Rechtsaufsicht (Abs. 4)

- 18 Nach **Abs. 4** führt die zuständige Landesbehörde die **Rechtsaufsicht** über die Schiedsstelle. Welche Behörde in den einzelnen Bundesländern jeweils zuständig ist („zuständige Landesbehörde“), richtet sich grundsätzlich nach dem Organisationsrecht des Landes. Einige Länder haben in ihrer Schiedsstellen-Verordnung (→ Rn. 15) eine spezielle Regelung getroffen, zumeist jedoch das kraft Organisationsrecht sowieso zuständige Sozialministerium des Landes für zuständig erklärt (Ausnahme: Nordrhein-Westfalen, wo die Bezirksregierung Köln zuständig ist). Weitere Einzelheiten der Organisation (Zahl, Bestellung, Amtsdauer und Amtsführung der Mitglieder sowie deren Entschädigung) und des Verfahrens haben die Länder nach Abs. 5 in einer Rechtsverordnung festzulegen → Rn. 15.

VIII. Schiedsstellen-VO der Länder (Abs. 5)

- 19 – Baden-Württemberg: VO vom 13.3.1995, GVBl. S. 283; zuletzt geändert durch Verordnung vom 28.2.2011, GVBl. S. 106 (111).
– Bayern: VO zur Ausführung der Sozialgesetze (AVSG) vom 2.12.2008, GVBl. S. 912, zuletzt geändert durch VO vom 31.5.2022, GVBl. S. 275; Teil 8, Abschnitt 2, §§ 50–60.
– Berlin: VO vom 2.2.2010, GVBl. S. 33.
– Brandenburg: VO vom 10.4.1995, GVBl. S. 338; zuletzt geändert durch VO vom 29.7.2004, GVBl. S. 671.
– Bremen: VO vom 7.3.1995, GBl. S. 145; zuletzt geändert durch Änderungsbek. vom 24.1.2012, Brem. GBl. S. 24.
– Hamburg: VO vom 16.5.1995, GVBl. S. 101; geändert durch VO vom 19.12.2006, GVBl. S. 609.
– Hessen: VO vom 20.10.1995, GVBl. S. 481; zuletzt geändert durch VO vom 12.12.2016, GVBl. I S. 313.
– Mecklenburg-Vorpommern: Landesverordnung vom 5.7.2021, GVBl. S. 1140, 1149.
– Niedersachsen: VO vom 27.3.1995, GVBl. S. 58; zuletzt geändert durch VO vom 8.7.2014, GVBl. S. 178.
– Nordrhein-Westfalen: SGB-XI-SchiedsstellenVO vom 9.7.2019, GVBl. S. 371; geändert durch Art. 83 Gesetz vom 1.2.2022, GVBl. S. 122.
– Rheinland-Pfalz: VO vom 8.9.1995, GVBl. S. 368; geändert durch VO vom 28.8.2001, GVBl. S. 210 sowie zuletzt durch VO vom 21.8.2012, GVBl. S. 306.
– Saarland: VO vom 31.1.1995, Amtsblatt des Saarlandes S. 151, geändert durch VO vom 24.1.2006, ABl. S. 174.
– Sachsen: VO vom 2.11.2009, GVBl. S. 559.
– Sachsen-Anhalt: VO vom 4.4.2016, GVBl. S. 147.
– Schleswig-Holstein: VO vom 8.10.2019, GVBl. S. 412.
– Thüringen: VO vom 28.9.1995, GVBl. S. 319.

IX. Beschleunigtes Verfahren bei Pflegesatzvereinbarungen (Abs. 6)

Die mWv 1.7.2008 eingefügte Regelung soll speziell für Vergütungsvereinbarungen die Möglichkeit schaffen, in unbürokratischer Art und Weise zu einer schnellen Lösung zu kommen. Der Gesetzgeber hielt es angesichts der Freiwilligkeit, das beschleunigte Verfahren zu wählen, für gerechtfertigt, einen Rechtsbehelf gegen die Entscheidung der Schiedsperson auszuschließen, soweit die Festsetzung nicht der öffentlichen Ordnung widerspricht (Abs. 6 S. 3; vgl. BT-Drs. 16/7439, 69). Ein so weitgehender Ausschluss des Rechtsschutzes ist in dem Regelungsvorbild in § 132a Abs. 2 S. 6–8 SGB V (zur Entgeltfestsetzung bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege) nicht enthalten. Das Vorgehen nach Abs. 6 bildet eine Alternative zur Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 76. Die Schiedsperson nach Abs. 6 ist keine Behörde iSd § 1 Abs. 2 SGB X. Sie wird vielmehr als außergerichtlicher Konfliktlöser und Vertragshelfer entsprechend § 317 BGB tätig (BSG 2.12.2008 – B 2 KN 1/08 U R, BSGE 102, 123 (130) Rn. 22 = BeckRS 2009, 56463). Das Ergebnis ist keine Schiedsstellenentscheidung. Verstößt es im Extremfall gegen die öffentliche Ordnung, so muss dies in einem Rechtsstreit zwischen den Vertragspartnern – ohne Beteiligung der Schiedsperson – festgestellt werden.

Dritter Abschnitt. Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) ¹Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. ²In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden.

³Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. ⁴In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. ⁵So weit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. ⁶Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

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

⁷In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. ⁸§ 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie

der Haushaltsführung im Sinne des § 36 anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Selbstständige Pflegekräfte (Abs. 1)	4
1. Rechtsqualität der Verträge	5
2. Eignung	7
3. Keine Verträge mit Verwandten, Verschwägerten und Haushaltsangehörigen (Abs. 1 S. 1 Hs. 2)	8
4. Umfassender Vertrag (Abs. 1 S. 2 und 3)	9
5. Verbot eines Beschäftigungsverhältnisses (Abs. 1 S. 4)	10
6. Übergangsrecht (Abs. 1 S. 5 und 6)	11
7. Rechtsschutz	12
IV. Anstellung von Pflegekräften (Abs. 2)	13

I. Geltende Fassung

- Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Abs. 1 wurde durch das 1. SGB XI-ÄndG weitgehend umgestaltet (zur Begr. vgl. BT-Drs. 13/3696, 16; BT-Drs. 13/4091, 33 f.; BT-Drs. 13/4688). Durch das PflegeWEG wurde Abs. 1 erneut grundlegend geändert, vgl. BT-Drs. 16/7439, 69; gegenüber der Fassung des 1. SGB XI-ÄndG sind lediglich die S. 3–5 unverändert geblieben; S. 6 wurde hinzugefügt. Durch das PNG wurde Abs. 1 umfassend geändert (zur Begr. vgl. BT-Drs. 17/9369, 45). Durch Art. 2 Nr. 34 Buchst. a des PSG II wurden Abs. 1 S. 1, 3 und 4 sowie Abs. 2 an die Terminologie von § 36 auf der Grundlage des mit dem PSG II eingeführten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst.

II. Normzweck

- § 77 behandelt Formen der Erbringung ambulanter Pflegeleistungen durch professionelle Pflegekräfte, die nicht bei einer Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) angestellt sind. Die Vorschrift bezieht sich in beiden Absätzen ausschließlich auf die Pflegesachleistung nach § 36. Die Pflegekasse soll auch durch **Verträge mit Einzelpersonen (Abs. 1)** und bei Bedarf durch die **Anstellung von Pflegekräften (Abs. 2)** Pflegeleistungen erbringen können. Beide Formen müssen einerseits von der Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen (§ 19, zB Familienangehörige und Nachbarn) und andererseits von der Pflege durch ambulante Pflegeeinrichtungen iSv § 71 Abs. 1 unterschieden werden. Hieraus folgt, dass zum einen die für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen geltende Vorschrift über die soziale Sicherung von Pflegepersonen (§ 44) und zum anderen die für Pflegeeinrichtungen geltenden Zulassungs- (§§ 72 ff.) und Vergütungsregelungen (§§ 82 ff.) auf die nach § 77 tätigen Pflegepersonen nicht anzuwenden sind. § 77 knüpft an das **Sachleistungsprinzip** an, das nur in der sozialen Pflegeversicherung gilt, nicht aber in der privaten Pflegeversicherung, die ausschließlich Kostenerstattung leistet (§ 23 Abs. 1 S. 3). Dies schließt nicht aus, dass auch in der privaten Pflegeversicherung bei Durchführung der Pflege durch einzelne qualifizierte Pflegekräfte der Leistungsumfang nach § 36

Abs. 3 beansprucht werden kann (vgl. BSG 30.3.2000 – B 3 P 21/99 R, BSGE 86, 94 = SozR 3–3300 § 77 Nr. 3 = NZS 2001, 95).

Neuausrichtung der Vorschrift durch das PflegeWEG und das PNG: § 77 3
 enthielt in Abs. 1 S. 1 Hs. 1 ursprünglich eine strenge Subsidiaritätsklausel: die Pflegekassen durften Verträge mit einzelnen Pflegekräften nur schließen, „soweit und solange eine Versorgung nicht durch einen zugelassenen Pflegedienst gewährleistet werden kann“. Einzelverträge sollten nur in Betracht kommen, wenn die Pflegekasse auf andere Weise ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllen konnte; die Regelung sollte nur dazu dienen, die Versorgungsangebote der ambulanten Pflegedienste durch gezielt eingesetzte, wohnortnahe Hilfen zu ergänzen. Die Fassung des Abs. 1 im PflegeWEG hat diese strenge Subsidiarität bereits aufgegeben; weiterhin in Abs. 1 S. 1 Nr. 1 aber daran festgehalten, dass die „pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann“; daneben wurde gefordert, dass „die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich“ sei. Die Neuregelung im PflegeWEG stellte damit bereits stärker auf die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ab und reagierte damit auch auf die im Schrifttum an der zuvor engen Ausrichtung geübten Kritik (vgl. → 2. Aufl. 2000, Rn. 5 mwN sowie LPK-SGB XI/Plantholz, 3. Aufl. 2009, Rn. 6). Abs. 1 S. 6 idF des PflegeWEG forderte allerdings zusätzlich noch, dass die Heranziehung von Einzelpflegekräften unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots erforderlich sei, um die häusliche Versorgung sicher zu stellen oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen; wobei das Verhältnis der in Abs. 1 S. 1 Nr. 1–4 aF aufgeführten Gründe und der Regelung in Abs. 1 S. 6 aF nicht konsistent war. Der Gesetzgeber sah sich in dieser Phase offensichtlich noch verpflichtet, den Abschluss von Einzelverträgen im Hinblick auf die Wettbewerbssituation, in der einzelne Pflegekräfte und ambulante Pflegedienste standen von einer besonderen Rechtfertigung abhängig zu machen.

In der Fassung, die die Vorschrift im **PNG** erhalten hat, ist die **Subsidiarität 3a** weitgehend **aufgegeben** worden. Im Vordergrund steht jetzt allein der Wunsch des Pflegebedürftigen von einer bestimmten Pflegekraft gepflegt zu werden, weil er hierdurch das Ziel, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, am besten erreichen kann. Der Vorrang ambulanter Pflegedienste, die ein Zulassungsverfahren durchlaufen und Qualitätsprüfungen hinnehmen müssen, ist entfallen. Einzelpflegekräfte benötigen keinen Versorgungsvertrag. Der Pflegekasse steht, wenn der Pflegebedürftige die Versorgung durch eine Einzelkraft wünscht, nur noch ein intendiertes Ermessen zu: der Wortlaut des § 77 Abs. 1 intendiert die Verpflichtung der Pflegekasse zum Vertragsschluss, wenn die Eignung der Pflegekraft feststeht. Eine Weigerung kommt darüber hinaus nur in atypischen Fällen in Betracht.

Das PSG II hat die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verursachte terminologische Neufassung des Inhalts der Pflegesachleistung (§ 36) in den Wortlaut des § 77 implementiert (zu den betroffenen Regelungen → Rn. 1); darüber hinaus aber keine materielle Neuregelung eingeführt. Diese Anpassung war im Gesetzentwurf des PSG II noch nicht enthalten; sie wurde erst vom Gesundheitsausschuss vorgenommen (BT-Drs. 18/6688, Art. 2, Nr. 34a mit Verweisung auf Nr. 5a). **3b**

III. Selbstständige Pflegekräfte (Abs. 1)

Der Vertragsschluss mit einzelnen Pflegekräften setzt deren Selbstständigkeit voraus; 4 schon hieraus folgt, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen; Abs. 1 S. 4 ordnet zudem an, dass das Verbot der Eingehung eines Beschäftigungsverhältnisses im Vertrag zwischen Pflegekasse und

Pflegekraft ausdrücklich zu regeln (hierzu → Rn. 10). Soweit hiervon abweichend vor dem Inkrafttreten des 1. SGB XI-ÄndG von den Pflegekassen Verträge abgeschlossen worden sind, sind diese zu kündigen (Abs. 1 S. 4).

1. Rechtsqualität der Verträge

- 5 Die Rechtsbeziehung zwischen einer einzelnen Pflegekraft und einer Pflegekasse wird **nicht durch** einen **Versorgungsvertrag** geregelt (aA Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 42; Neumann NZS 1995, 397). Der Vertrag regelt nur die Leistungsbeschaffung im Einzelfall und enthält darüber hinaus keine Zulassung (so auch LPK-SGB XI/Planholz Rn. 5); ein spezieller öffentlich-rechtlicher Status, wie bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen nach § 72, wird nicht begründet (BSG 18.3.1999 – B 3 P 9/98 R, SozR 3–3300 § 77 Nr. 2 = NZS 1999, 610). Es fehlt eine Regelung, die die Rechtswirkungen des Vertrages auf andere Leistungsbeziehungen ausdehnt, wie dies in § 72 Abs. 2 angeordnet wird. Der Vertrag mit einer einzelnen Pflegekraft ist ein zivilrechtlicher Leistungsbeschaffungsvertrag (Wannagat/Eichenhofer/Wigge Rn. 6), mit dem die Erbringung der Pflegeschleistung zugunsten eines einzelnen Versicherten sichergestellt werden soll (BSG 18.3.1999 – B 3 P 9/98 R, SozR 3–3300 § 77 Nr. 2 = NZS 1999, 610, unter Bezugnahme auf BSG 10.7.1996 – 3 RK 11/95, SozR 3–2500 § 125 Nr. 5 = BeckRS 1996, 41667). Abs. 1 S. 2 legt den **Mindestinhalt der Verträge** fest: hierzu zählen nicht nur Inhalt und Umfang der pflegerischen Leistungen, sondern auch Qualität und Qualitätssicherung sowie deren Überprüfung und die Vergütung.
- 6 Den Aspekt der **Qualitätssicherung** hat der Gesetzgeber im PNG nochmals verstärkt, indem er im letzten Hs. von Abs. 1 S. 2 eine **Verweisung auf § 112** einfügte. Hierdurch werden Einzelpflegekräfte nicht nur an ihre Verantwortlichkeit für die Qualität der von ihnen erbrachten Pflegeleistungen erinnert, sondern auch an die Beachtung von Expertenstandards (§ 113a) sowie die Einhaltung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung der Pflegequalität (§ 113) gebunden, soweit Letztere auf Einzelpflegekräfte übertragbar sind (vgl. hierzu LPK-SGB XI/Planholz Rn. 10). Die Begründung des RegE zur Änderung des § 77 Abs. 1 (BT-Drs. 17/9369, 45) geht davon aus, dass die Qualität der Pflege und Betreuung nicht nur im Zeitpunkt des Vertragsschlusses zu prüfen, sondern auch zu gewährleisten sei, dass sie auf Dauer und auch im Verhinderungsfall sichergestellt werde; hieraus ergebe sich auch das Erfordernis einer geeigneten Dokumentation durch die Einzelpflegekraft. Realisieren lässt sich diese Erwartung nur durch eine entsprechende Vertragsgestaltung, die den Pflegekasse bzw. den von diesen zu beauftragenden Gutachtern insbesondere das Recht zur Durchführung von Qualitätsprüfungen einräumt (vgl. LPK-SGB XI/Planholz Rn. 10 aE). Hinsichtlich der Regelung der Vergütung weist Abs. 1 S. 3 auf die enge Verbindung der erweiterten Zulassung von Einzelverträgen (bereits im PflegeWEG) mit der Neuregelung in § 36 Abs. 1 S. 5 ff. hin: die beim sog. Poolen von Pflegeleistungen durch mehrere Pflegebedürftige möglichen Synergieeffekte sollen für zusätzliche Betreuungsleistungen genutzt werden.

2. Eignung

- 7 Zur **Eignung** macht Abs. 1 im Gegensatz zu Abs. 2, wo ausdrücklich auf die an zugelassene Pflegedienste gestellten Anforderungen verwiesen wird, keine näheren Vorgaben; hieran hat die Neufassung im PflegeWEG nichts geändert. Die zu fordernden **Qualifikationsvoraussetzungen** wird man nicht verallgemeinern können. Sie hängen vielmehr vom Inhalt des Pflegevertrages ab. Ist dieser auf die Pflege einzelner Pflegebedürftigen beschränkt und erfasst nur bestimmte konkrete Pflegefälle, so können die fachlichen Anforderungen auf die jeweils betroffenen Fälle abgestellt werden (s. auch BeckOGK/Leitherer Rn. 8; aA LPK-SGB XI/Planholz

Rn. 8, der den Nachweis einer Pflegeausbildung fordert). Soweit die im Einzelfall erforderlichen Hilfeleistungen eine pflegfachliche Qualifikation erfordern, die nur durch eine Pflegeausbildung zu erreichen ist, muss die Einzelpflegekraft in jedem Fall eine entsprechende Ausbildung vorweisen können. Dies kann jedoch, wie die Argumentation des Gesundheitsausschusses zu § 38a im Hinblick auf die Qualifikationsanforderungen an die sog. Präsenzkraft in Pflegegruppen deutlich macht (BT-Drs. 17/10170, 16), nicht generell gefordert werden.

3. Keine Verträge mit Verwandten, Verschwägerten und Haushaltsangehörigen (Abs. 1 S. 1 Hs. 2)

Durch die mit dem 1. SGB XI-ÄndG eingeführte Regelung hat der Gesetzgeber 8 die Angehörigenpflege aus dem Anwendungsbereich des § 77 ausgeschlossen. Das Verbot des Vertragsschlusses mit pflegenden Angehörigen gilt unabhängig davon, ob im Einzelfall mit dem Vertragsschluss eine Umgehung des Anspruchs auf das im Vergleich zur Sachleistung geringere Pflegegeld beabsichtigt oder ob tatsächlich ein Missverhältnis zwischen Pflegeleistung und Vergütung festzustellen ist; das Verbot gilt auch gegenüber pflegenden Angehörigen, deren berufliche Qualifikation sie als Pflegefachkraft ausweist (BSG 18.3.1999 – B 3 P 9/98 R, SozR 3–3300 § 77 Nr. 2 = NZS 1999, 610). Das BSG sieht das Verbot des Vertragsschlusses mit Angehörigen als verfassungsgemäß an, weil der Gesetzgeber habe annehmen dürfen, dass die Pflege unter Angehörigen einer rechtlichen (§§ 1353, 1618a BGB) oder sittlichen Pflicht entspreche und er insoweit mit dem Pflegegeld lediglich eine finanzielle Anerkennung vorgesehen habe, die durch die soziale Absicherung (§ 44) der ehrenamtlichen Pflegepersonen ergänzt werde (BSG 18.3.1999 – B 3 P 8/98 R, SozR 3–3300 § 77 Nr. 1 = NZS 2000, 35; BSG 18.3.1999 – B 3 P 9/98 R, SozR 3–3300 § 77 Nr. 2 = NZS 1999, 610). Hierfür spricht auch der in § 4 Abs. 2 S. 1 festgelegte Grundsatz, wonach die Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber der fortbestehenden Verantwortung der Angehörigen nur eine ergänzende Funktion haben. Der Gesetzgeber konnte sich auch auf die vor Einrichtung der Pflegeversicherung vorgefundene verwaltungsgerichtliche Rspr. zu sozialhilferechtlichen Pflegeleistungen berufen, wonach eine Vergütung auch für solche Angehörigen nicht in Betracht kam, die über eine spezielle berufliche Qualifikation verfügten (vgl. BVerwG 4.6.1992 – 5 C 82/88, BVerwGE 90, 217 (219) = BeckRS 1992, 2796; BVerwG 12.4.1988 – 5 ER 269/86 und 5 ER 208/87, BeckRS 1988, 6706).

Der Abschluss eines Vertrages mit einem Familienangehörigen, der als „beauftragte Präsenzkraft“ (→ § 38a Rn. 8) in einer **Wohngruppe nach § 38a** tätig sein soll, wird von der Rechtsprechung (LSG Nds-Brem 27.10.2022 – L 12 P 54/20, NZS 2023, 313) als zulässig angesehen, weil Abs. 1 S. 1 Hs. 2 nur Verträge mit Familienangehörigen zur pflegerischen Betreuung von Pflegebedürftigen abschließe. Im Vertrag, mit dem die Präsenzkraft beauftragt wird, müssten deren Aufgaben jedoch klar bestimmt und von den Hilfen bei der individuellen pflegerischen Versorgung sowie familiären Verpflichtungen deutlich abgegrenzt werden. 8a

4. Umfassender Vertrag (Abs. 1 S. 2 und 3)

Statt einer förmlichen Zulassung durch Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden 9 der Pflegekassen genügt nach Abs. 1 ein Vertrag, in dem Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung und Vergütung individuell festgelegt sowie Vereinbarungen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität getroffen werden. Die Pflegekraft kann einen solchen Vertrag mit einer oder mehreren Pflegekassen abschließen. Die erweiterte Zulassung von Einzelverträgen im PflegeWEG hat den Gesetzgeber veranlasst, den zwingend erforderlichen Inhalt der Verträge um Vereinbarungen zur Pflegequalität und zur Qualitätssicherung (zB auch zur Pflegedokumentation) zu

erweitern; die Pflegekassen können etwa verlangen, dass die nach § 113a vereinbarten Expertenstandards eingehalten und Qualitätsprüfungen nach §§ 114, 114a akzeptiert werden (→ Rn. 6). Im PflegeWEG wurden in S. 2 Hs. 2 (jetzt S. 3) zugleich differenziertere Vorgaben für Vergütungsvereinbarungen eingefügt: die zu vereinbarenden Preise sollten Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und die in § 36 Abs. 1 seinerzeit neu eingeführten Betreuungsleistungen umfassen. Im PSG II wurde S. 3 an die neu gefasste Terminologie des § 36 angepasst. Danach sind Vergütungen für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. Schließen einzelne Pflegekräfte mit mehreren Kostenträgern Einzelverträge ab, so können sie unterschiedliche Vergütungen vereinbaren; sie unterliegen nicht dem Differenzierungsverbot nach § 89 Abs. 1 S. 3, das nur für ambulante Pflegedienste gilt (LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 11).

5. Verbot eines Beschäftigungsverhältnisses (Abs. 1 S. 4)

- 10 In dem Vertrag zwischen Pflegekasse und Pflegekraft ist zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Pflegeleistungen erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Die Vorschrift wurde mit dem 1. SGB XI-ÄndG eingefügt; teilweise wurde bereits zur ursprünglichen Gesetzesfassung die Auffassung vertreten, ein Vertragsschluss nach Abs. 1 komme mit Pflegekräften, die mit dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsverhältnis eingegangen sind, nicht in Betracht (Jung, Die neue Pflegeversicherung, 1995, Rn. 577; aA Bieback SGB 1995, 569 (576); Schulin PV-HdB/Neumann § 20 Rn. 69). Das hierfür herangezogene Sachleistungsprinzip schließt jedoch nur eine **Abwicklung der Vergütung** der Pflegekraft über den Pflegebedürftigen aus (Schulin PV-HdB/Neumann § 20 Rn. 69 und unter Berücksichtigung von Abs. 1 S. 3; Schulin PV-HdB/Neumann Anh. § 21 Rn. A 37–40 [4]). Ob die Regelung weitergehende Rechtsfolgen haben kann, erscheint im Hinblick auf verfassungsrechtliche Vorgaben zweifelhaft; vgl. → Rn. 5. Neumann (Schulin PV-HdB/Neumann § 20 Rn. A 37–40 [4]) weist zu Recht darauf hin, dass das Verbot, mit dem Pflegebedürftigen ein Beschäftigungsverhältnis einzugehen, die Pflegekraft (und den Pflegebedürftigen) nicht davon abhalten kann, ihre Beziehungen vertraglich zu regeln und Vereinbarungen etwa über Einsatzzeiten und die Dauer der Tätigkeit zu treffen. Selbst die Vergütung ist einer Vereinbarung nur insoweit entzogen, wie der Leistungsrahmen der Pflegeversicherung betroffen ist. Übersteigt der Pflegebedarf die Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung, so muss es dem Pflegebedürftigen unbenommen bleiben, mit der Pflegekraft einen Vertrag abzuschließen. Durch die Einfügung von **Abs. 1 S. 7** im PNG hat der Gesetzgeber diesen Überlegungen Rechnung getragen und geht jetzt sogar von der Notwendigkeit vertraglicher Regelungen zwischen Pflegebedürftigen und Einzelpflegekräften aus. Der Verweis auf § 120 Abs. 1 S. 2 verpflichtet die Einzelpflegekraft gegenüber der Pflegekasse zur Mitteilung jeder wesentlichen Änderung des Pflegezustandes.

6. Übergangsrecht (Abs. 1 S. 5 und 6)

- 11 Abs. 1 S. 5 verpflichtet die Pflegekassen, Verträge zu kündigen, die entgegen den Vorgaben von (durch das 1. SGB XI-ÄndG eingefügten) S. 1 und 4 abgeschlossen wurden. Die Kündigungspflicht bezieht sich nicht nur auf Verträge, denen das Verbot des Vertragsschlusses zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem entgegensteht, sondern auch auf Verträge, die die Pflegekassen mit pflegenden Angehörigen geschlossen haben (vgl. hierzu eingehend: BSG 18.3.1999 – B 3 P 9/98 R, SozR 3–3300 § 77 Nr. 2 = NZS 1999, 610). Während Verträge, die gegen das Verbot eines Beschäftigungsverhältnisses verstoßen, nach Abs. 1 S. 6 Bestandsschutz genießen, wenn das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1.5.1996 bestanden hat und die bis zu diesem Zeitpunkt erbrachten Pflegeleistungen aufgrund eines Vertrages zwischen

Pflegekasse und Pflegekraft vergütet worden sind, sind Verträge, die die Pflegekassen mit pflegenden Angehörigen geschlossen haben, in jedem Fall zu kündigen (vgl. BSG 18.3.1999 – B 3 P 8/98 R, SozR 3–3300 § 77 Nr. 1 = NZS 2000, 35; 18.3.1999 – B 3 P 9/98 R, SozR 3–3300 § 77 Nr. 2 = NZS 1999, 610).

7. Rechtsschutz

Gegen die Weigerung der Pflegekasse, mit einer einzelnen Pflegekraft einen Vertrag abzuschließen, ist gem. § 51 Abs. 2 S. 3 SGG der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Wegen der fehlenden VA-Qualität der Entscheidung der Pflegekasse (→ Rn. 5) ist die allgemeine Leistungsklage gegeben. Ausgehend von der Rspr. des BGH zu Verträgen nach § 132 Abs. 1 S. 2 SGB V (BGH 12.3.1991 – KZR 26/89, BGHZ 114, 218 = BeckRS 1991, 1813) kommt wegen der zivilrechtlichen Qualität der Verträge (→ Rn. 5) bei wettbewerbsrechtlichen Streitigkeiten auch eine Zuständigkeit der ordentlichen Gerichtsbarkeit (Kartellgerichte) gem. § 87 GWB in Betracht (vgl. hierzu Neumann NZS 1995, 397; Maschmann SGB 1996, 96). Der im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 angeordnete Ausschluss der Zuständigkeit der Kartellgerichte bezieht sich nur auf die in § 69 SGB V geregelten Rechtsbeziehungen, zu denen die Beziehungen zwischen Pflegekräften und Pflegekassen nicht gehören; hieran hat das GKV-WSG nichts geändert.

IV. Anstellung von Pflegekräften (Abs. 2)

Die Pflegekassen dürfen Pflegekräfte nur dann selbst anstellen, wenn auf andere Weise, dh durch den Abschluss von Versorgungsverträgen (§ 72) oder Einzelverträgen (§ 77 Abs. 1), der Sicherstellungsauftrag im Bereich der ambulanten Pflege nicht erfüllt werden kann. Abs. 2 S. 2 stellt ausdrücklich klar, dass für die von den Pflegekassen angestellten Pflegekräften die gleichen Anforderungen gelten wie für zugelassene Pflegedienste. Dies bedeutet vor allem, dass die Pflegekasse nur dann Pflegeleistungen durch angestellte Pflegekräfte erbringen darf, wenn sie über eine ausgebildete Pflegefachkraft verfügt.

§ 78 Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließt mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln, soweit diese nicht nach den Vorschriften des Fünften Buches über die Hilfsmittel zu vergüten sind. ²Abweichend von Satz 1 können die Pflegekassen Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln schließen, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot verstärkt Rechnung zu tragen. ³Die §§ 36, 126 und 127 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. ²Darin sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. ³Pflegehilfsmittel, die für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind, sind gesondert auszuweisen. ⁴Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen fortzuschreiben. ⁵Unbeschadet der regelhaften Fortschreibung nach Satz 4 entscheidet der

Spitzenverband Bund der Pflegekassen über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen. ⁶Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert und berät Hersteller auf deren Anfrage über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis; im Übrigen gilt § 139 Absatz 8 des Fünften Buches entsprechend. ⁷Die Beratung erstreckt sich insbesondere auch auf die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens des Pflegehilfsmittels ⁸Im Übrigen gilt § 139 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass die Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ebenfalls anzuhören sind.

(2a) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt spätestens alle drei Jahre, erstmals bis zum 30. September 2021, Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gemäß § 40 Absatz 4 unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien, einschließlich des Verfahrens zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen. ²Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.

(3) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren untereinander oder mit geeigneten Pflegeeinrichtungen das Nähere zur Ausleihe der hierfür nach Absatz 2 Satz 4 geeigneten Pflegehilfsmittel einschließlich ihrer Beschaffung, Lagerung, Wartung und Kontrolle. ²Die Pflegebedürftigen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind von den Pflegekassen oder deren Verbänden in geeigneter Form über die Möglichkeit der Ausleihe zu unterrichten.

(4) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen; § 40 Abs. 5 bleibt unberührt.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Verträge über Pflegehilfsmittel (Abs. 1)	5
1. Verträge auf Bundesebene	6
2. Rechtsschutz	7
IV. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis (Abs. 2)	8
V. Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (Abs. 2a)	10

I. Geltende Fassung

1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat die Fassung des RegE (§ 87 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 140. Durch VO vom 21.9.1997 (BGBl. I 2390) wurde in Abs. 5 die Bezeichnung des Bundesministeriums geändert. Durch Art. 8 Nr. 34 GKV-WSG wurden Abs. 1 und 2 geändert und an die nF von § 127 SGB V angepasst, der seinerseits durch Gesetz vom 15.12.2008 (BGBl. I 2426) mWv 1.1.2009 erneut geändert worden ist. Im PNG wurde Abs. 2 S. 1 gestrichen, weil die Bezugsnorm § 40 Abs. 4 S. 2 entfallen war. Durch Art. 11

Nr. 16 PpSG vom 11.12.2018 (BGBl. I 2394) wurden in Abs. 4 die Wörter „und die Festbeträge nach Absatz 3“, die sich zuvor nach den Wörtern „nach Absatz 2“ befanden, gestrichen. In Abs. 2 wurden durch Art. 3 Nr. 2b GVPG vom 22.12.2020 (BGBl. I 3299) die S. 4–7 eingefügt, der frühere S. 4 wurde S. 8; zugleich wurde Abs. 2a eingefügt.

II. Normzweck

Die Vorschrift regelt die Versorgung der Versicherten mit Pflege-Hilfsmitteln und dient damit der Umsetzung von § 40 auf der Leistungserbringerebene. Die mit dem GKV-WSG geschaffene Neuregelung von § 78 stellt allein auf ein **vertragliches Beschaffungssystem** ab, das in § 127 SGB V, den Abs. 1 S. 3 für entsprechend anwendbar erklärt, die Möglichkeit eröffnet, im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder Zusammenschlüssen von Leistungserbringern zu schließen. Die soziale Pflegeversicherung erstrebt im Bereich der technischen Hilfsmittel vorrangig eine **leihweise Abgabe** an den Pflegebedürftigen (§ 40 Abs. 3); der Umsetzung dieser Absicht diene Abs. 4 in der ursprünglichen Fassung der Vorschrift; in der aktuellen Fassung (die die Vorschrift durch das GKV-WSG erhalten hat) finden sich entsprechende Regelungen in **Abs. 2 S. 3 und Abs. 3**. Über die **Beschaffung der Hilfsmittel**, die entweder im Eigentum der Pflegekassen verbleiben oder in das der Pflegebedürftigen übergehen, schließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Hilfsmittelbringern oder deren Verbänden Verträge (**Abs. 1 S. 1**). In seiner ursprünglichen Fassung entsprach Abs. 1 weitgehend der seinerzeit geltenden Regelung für die Hilfsmittelversorgung in der GKV (§ 127 SGB V). Die mit dem GKV-WSG geschaffene Neuregelung nimmt zwar in Abs. 1 S. 3 ausdrücklich auf die §§ 126, 127 SGB V Bezug, S. 1 und 2 übernehmen aber dennoch nicht deren Regelungsmechanismus. Denn während nach §§ 126, 127 SGB V der Spitzenverband vorrangig für Empfehlungen, die Landesverbände bzw. die Einzelkassen selbst aber für Ausschreibungen bzw. Vertragsabschlüsse mit den Leistungserbringern bzw. ihren Verbänden oder Zusammenschlüssen zuständig sind, schaffen S. 1 und 2 des Abs. 1 eine Doppelzuständigkeit für Vertragsabschlüsse zugunsten des Spitzenverbandes und der Pflegekassen, die Kompetenzstreitigkeiten heraufbeschwört (hierzu → Rn. 5).

Abs. 1 S. 3 ordnet die entsprechende Geltung der Vorschriften des SGB V über die **Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel** (§ 36 SGB V) sowie über die an die Hilfsmittelbringer zu stellenden qualitativen Voraussetzungen (§ 126 SGB V) sowie die Anwendung des Vergaberechts bei der Beschaffung von Hilfsmitteln an. Zur Orientierung über die Pflege-Hilfsmittel, die den Versicherten auf Kosten der sozialen Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt werden können, ist ein **Pflege-Hilfsmittelverzeichnis** zu erstellen (**Abs. 2 S. 2**), das das im Bereich der GKV erstellte Verzeichnis (§ 139 SGB V) ergänzen soll. **Abs. 2 S. 1** in der bis 30.10.2012 geltenden Fassung wurde im PNG gestrichen, weil die Regelung in § 40 Abs. 4 S. 2, wonach die Höhe des Zuschusses für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes unter Berücksichtigung der Eigenbeteiligung des Pflegebedürftigen zu bemessen war, ebenfalls im PNG aufgehoben wurde. Im GVPG wurden in **Abs. 2** die S. 4–7 auf Veranlassung des Gesundheitsausschusses (vgl. BT-Drs. 19/24727 zu Art. 3 Nr. 2b) eingefügt, die den Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichten, das Pflegehilfsmittelverzeichnis alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien fortzuschreiben (Abs. 2 S. 4). Abs. 2 S. 5 regelt eine Fortschreibungspflicht auf Antrag. Danach hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Vorlage vollständiger Unterlagen über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis zu entscheiden. Der Spitzenverband

hat die Hersteller in diesem Zusammenhang zu informieren und zu beraten. Der Verweis auf § 139 Abs. 8 SGB V bedeutet, dass für die Aufnahme Gebühren erhoben werden können.

- 4 **Abs. 3** ermächtigt die Landesverbände der Pflegekassen, Einzelheiten zur Ausleihe von Pflegehilfsmitteln mit anderen Landesverbänden und geeigneten Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren. **Abs. 4** enthält (wie § 40 Abs. 5 für das Leistungsrecht) eine Ermächtigungsgrundlage für das BMG (im Einvernehmen mit dem BMAS und dem BMFSJ) das Pflegehilfsmittelverzeichnis durch Rechtsverordnung zu regeln; es handelt sich um eine Ermächtigung zur Ersatzvornahme (so LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 21).

III. Verträge über Pflegehilfsmittel (Abs. 1)

- 5 Nach Abs. 1 S. 1 sind die Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln auf Bundesebene (Spitzenverband Bund) abzuschließen. Der Gesetzgeber ging bereits bei der ursprünglichen Fassung der Vorschrift davon aus, dass der Katalog der in Betracht kommenden Hilfsmittel begrenzt und daher eine einheitliche, bundesweite Regelung der Hilfsmittelversorgung (seinerzeit durch Zulassung der Leistungserbringer) zweckmäßig sei (Begr. des RegE S. 140). Hilfsmittel, die nach den Vorschriften des SGB V zu vergüten sind, werden von Abs. 1 S. 1 nicht erfasst. Ansonsten lässt sich das Verhältnis zur Vertragskompetenz der Pflegekassen nach **Abs. 1 S. 2** aus dem Wortlaut nur unzulänglich erschließen. Auch die Materialien geben keinen Aufschluss darüber, unter welchen Voraussetzungen die Pflegekassen Verträge abschließen können, „um dem Wirtschaftsgebot verstärkt Rechnung zu tragen“. S. 2 kann jedenfalls nur dann zum Zuge kommen, wenn Vereinbarungen auf Bundesebene einen entsprechenden Handlungsspielraum belassen. Die regionale Vertragskompetenz der Pflegekassen wird durch die in S. 3 angeordnete entsprechende Geltung insbesondere von § 127 SGB V in das vergaberechtliche System der Hilfsmittelbeschaffung der GKV eingepasst. Danach sollen Pflegekassen, soweit es zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und qualitativ gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, **im Wege der Ausschreibung** Verträge mit Leistungserbringern oder Zusammenschlüssen von Leistungserbringern schließen (§ 127 Abs. 1 SGB V). Über die Zweckmäßigkeit einer Ausschreibung schließen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene Empfehlungen ab (§ 127 Abs. 1a SGB V idF vom 1.1.2009). Ist eine **Ausschreibung** danach **nicht zweckmäßig**, bleibt die Pflegekasse darauf beschränkt, im Verhandlungsweg Verträge mit Leistungserbringern auszuhandeln. In diesem Fall haben sie nach § 127 Abs. 2 S. 3 die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen; andere Leistungserbringer sind über die Inhalte abgeschlossener Verträge auf Nachfrage unverzüglich zu informieren. Außerdem können andere Leistungserbringer derartigen Verträgen zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht aufgrund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind (§ 127 Abs. 2a SGB V).

1. Verträge auf Bundesebene

- 6 Für **Verträge auf Bundesebene** nach Abs. 1 S. 1 erscheint das Instrument der Ausschreibung von vornherein als ungeeignet (LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 10 f.). Es ist vor allem unklar, wie die Konkurrenz zwischen der Bindung an einen auf Bundesebene geschlossenen Vertrag einerseits und der Möglichkeit nach § 127 Abs. 1 SGB V Exklusivverträge abzuschließen andererseits, aufzulösen ist. Mit Plant-

holz (LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 13 mwN) wird man im Hinblick auf das gesetzgeberische Anliegen, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, einen Vorrang der nach Abs. 1 S. 2 bzw. 3 abgeschlossenen Verträge annehmen müssen. Zur Frage, ob die Verträge unter **Anwendung des Vergaberechts** des GWB ausgeschrieben werden müssen, vgl. Engelmann SGB 2008, 133 (ablehnend); Klöck NZS 2008, 178 (befürwortend).

2. Rechtsschutz

Verträge nach Abs. 1 S. 1 zwischen dem Spitzenverband Bund und Hilfsmittel-
bringern oder deren Verbänden über die Beschaffung von Leistungen werden nach
hM (vgl. LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 8) dem öffentlichen Recht zugeordnet. Ver-
träge von Pflegekassen mit einzelnen Leistungserbringern oder deren Verbänden
sind dagegen zivilrechtlich zu beurteilen. Nach § 51 Abs. 2 S. 3 SGG fallen hieraus
resultierende Streitigkeiten jedoch, wie bereits die zivilrechtlichen Streitigkeiten
nach § 51 Abs. 2 S. 1 SGG, in die Zuständigkeit der Sozialgerichte. Lehnt die Pflege-
kasse einen Vertragsschluss ab, kommt eine allgemeine Leistungsklage in Betracht.
Zu Streitfragen bei kartellrechtlichen Streitigkeiten vgl. → § 77 Rn. 11; Schulin
PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 49; LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 10.

IV. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis (Abs. 2)

Abs. 2 S. 1 der Vorschrift stellt auf das in § 139 SGB V geregelte Hilfsmittelver-
zeichnis in der GKV ab. Dieses soll um die der Pflege dienenden Hilfsmittel erweitert
werden. Zur Abgrenzung der Zuständigkeit von GKV und sozialer Pflegeversiche-
rung bei der Hilfsmittelversorgung vgl. → § 40 Rn. 12. Das Pflegehilfsmittel-Ver-
zeichnis hat für den Versicherten keinen verbindlichen Charakter (vgl. BSG
15.11.2007 – B 3 P 9/06 R, SozR 4–3300 § 40 Nr. 7 Rn. 16 = NZS 2008, 599
sowie → § 40 Rn. 7). Abweichend vom Hilfsmittelverzeichnis der GKV sind nach
Abs. 2 S. 4 im Pflegehilfsmittel-Verzeichnis zusätzlich die für eine leihweise Überlas-
sung an die Versicherten geeigneten Hilfsmittel aufzuführen. Wie nach § 139 Abs. 8
S. 3 SGB V sind bei der Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses
die Organisationen der Hilfsmittelhersteller und -erbringer anzuhören; beim Pflege-
hilfsmittel-Verzeichnis erstreckt sich die Anhörungspflicht zusätzlich auf die Ver-
bände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen (Abs. 2 S. 5). Zur Rechts-
qualität des Hilfsmittelverzeichnisses vgl. Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 53 ff.
mwN; LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 16. Wegen der nicht unerheblichen faktischen
Auswirkungen der Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis hat der
Hersteller einen Anspruch auf Aufnahme in das Verzeichnis, wenn er die Funktions-
tauglichkeit, den medizinischen Nutzen und die Qualität des Hilfsmittels nachweist
(BSG 31.8.2000 – B 3 KR 21/99 R, BSGE 87, 105 = SozR 3–2500 § 139 Nr. 1 =
BeckRS 2001, 40217; 28.9.2006 – B 3 KR 28/05 R, NZS 2007, 495). Zum
Zusammenhang zwischen der Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelver-
zeichnis und der zu Grunde liegenden Behandlungsmethode, für die eine positive
Empfehlung des GBA vorliegen muss, vgl. BSG 12.8.2009 – B 3 KR 10/07 R,
BSGE 104, 95 = BeckRS 2009, 72614.

Mit den in Abs. 2 S. 4–7 eingefügten Regelungen verfolgt der Gesetzgeber vor
allem das Ziel, pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Versorgung digitale
Technologien mit pflegerischem Nutzen möglichst zeitnah zugänglich zu machen
(BT-Drs. 19/24727, zu Art. 3 Nr. 2b). Für das Verfahren zur Fortentwicklung des
Pflegehilfsmittelverzeichnisses ist § 139 SGB V maßgebend, soweit § 78 nichts ande-
res vorsieht.

V. Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (Abs. 2a)

- 10 Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat aufgrund des neu eingefügten Abs. 2a neben der Erstellung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses auch Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gem. § 40 Abs. 4 unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien zu beschließen; erstmals zum 30.9.2021 mit einer Verpflichtung zur Aktualisierung im Drei-Jahres-Rhythmus. Ziel der Empfehlungen soll sein, ähnlich wie im Hilfsmittelkatalog, Maßnahmen systematisiert aufzuführen, die als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Betracht kommen. Dabei sollen auch Festlegungen über das Verfahren zur Aufnahme in den Empfehlungskatalog getroffen werden. Der Gesundheitsausschuss (BT-Drs. 19/24727, zu Art. 3 Nr. 2c) wollte hiermit an entsprechende Ausführungen anknüpfen, die sich zuvor bereits im Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene befanden. Aus der Verweisung auf Abs. 2 S. 5–7 folgt, dass dem Spitzenverband auch insoweit eine Informations- und Beratungspflicht obliegt. Die Beratung erstreckt sich auch auf die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens. Aus der Verweisung ergibt sich zudem die Verpflichtung des Spitzenverbandes, über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Maßnahmen in den Empfehlungskatalog innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen zu entscheiden. Der Empfehlungskatalog entbindet die Pflegekassen nicht von der Pflicht, Anträge der Versicherten in jedem Einzelfall zu prüfen und bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 40 Abs. 4 auch Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zu bewilligen, die in den Empfehlungen nicht aufgeführt sind (Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 78 Abs. 2a SGB XI idF v. 27.9.2021; https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversiche rung/wum/wohnumfeldverbessernde_massnahmen.jsp).

§ 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen Vergütungsbetrag sowie technische und vertragliche Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a Absatz 4. ²Die Vereinbarungen gelten ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. ³Kommt innerhalb der Frist nach Satz 1 keine Einigung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 des Fünften Buches mit der Maßgabe, dass an die Stelle der zwei Vertreter der Krankenkassen zwei Vertreter der Pflegekassen und an die Stelle der zwei Vertreter der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zwei Vertreter der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen treten. ⁴An den Sitzungen der Schiedsstelle können anstelle der Vertreter der Patientenorganisationen nach § 140f des Fünften Buches Vertreter der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 beratend teilnehmen. ⁵Der Hersteller übermittelt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorbereitung der Verhandlungen unverzüglich

1. den Nachweis nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und
2. die Angaben zur Höhe des tatsächlichen Preises bei Abgabe an Selbstzahler und in anderen europäischen Ländern.

⁶Die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen kostenfreien und auf drei Monate beschränkten Zugang zu den digitalen Pflegeanwendungen zur Verfügung.

(2) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen trifft im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung über die Maßstäbe für die Vereinbarungen der Vergütungsbeträge sowie zu den Grundsätzen der technischen und vertraglichen Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen. ²Kommt innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 6 eine Rahmenvereinbarung nicht zustande, setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3 innerhalb von drei Monaten die Rahmenvereinbarung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie den in Satz 1 genannten Verbänden auf Antrag einer Vertragspartei und im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe fest.

(3) ¹Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein barrierefreies Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. ²§ 139e Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(4) ¹Die Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers einer digitalen Pflegeanwendung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ²Der Hersteller hat die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite bereitgestellten elektronischen Antragsformulare zu verwenden. ³Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Pflegeanwendung

1. die in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 geregelten Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität erfüllt,
2. die Anforderungen an den Datenschutz erfüllt und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und
3. im Sinne der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 einen pflegerischen Nutzen aufweist.

⁴Die Qualität einer digitalen Pflegeanwendung im Sinne des Satzes 3 Nummer 1 bemisst sich insbesondere nach folgenden Kriterien:

1. Barrierefreiheit,
2. altersgerechte Nutzbarkeit,
3. Robustheit,
4. Verbraucherschutz,
5. Qualität der pflegebezogenen Inhalte und
6. Unterstützung der Pflegebedürftigen, Angehörigen und zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen bei der Nutzung der digitalen Pflegeanwendung.

⁵Auch wenn die digitale Pflegeanwendung mehrfach zur Nutzung abgerufen wird oder eine andere Funktion beinhaltet, die nicht in das Verzeichnis nach Absatz 3 aufgenommen wurde, steht dem Hersteller für die digitale

Pflegeanwendung kein höherer als der nach Absatz 1 vereinbarte Vergütungsbetrag zu. ⁶Eine Differenzierung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 nach Kostenträgern ist nicht zulässig. ⁷Die nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbeträge sind für den Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend.

(5) ¹Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid; in begründeten Einzelfällen kann die Frist um bis zu weitere drei Monate verlängert werden. ²Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, fordert ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf, den Antrag innerhalb von einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. ³Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor, ist der Antrag abzulehnen. ⁴Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Pflegeanwendung nach den §§ 40a und 40b zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht werden kann. ⁵Im Übrigen gilt § 139e Absatz 6 bis 8 des Fünften Buches entsprechend. ⁶In seiner Entscheidung stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte fest, welche ergänzenden Unterstützungsleistungen für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind, und informiert die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, zeitgleich mit der Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 hierüber. ⁷Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert unverzüglich den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über die Aufnahme einer digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3. ⁸Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert unverzüglich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte über den nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbetrag.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu

1. den Inhalten des Verzeichnisses, dessen Veröffentlichung, der Interoperabilität des elektronischen Verzeichnisses mit elektronischen Transparenzportalen Dritter und der Nutzung der Inhalte des Verzeichnisses durch Dritte,
2. den Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität, der Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit und dem pflegerischen Nutzen,
3. den anzeigepflichtigen Veränderungen der digitalen Pflegeanwendung einschließlich deren Dokumentation,
4. den Einzelheiten des Antrags- und Anzeigeverfahrens sowie des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte,
5. dem Schiedsverfahren nach Absatz 1 Satz 3, insbesondere der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, der Erstattung der baren Auslagen und der Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, dem Verfahren, dem Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit, sowie der Vertreter der Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der

Pflegebedürftigen maßgeblich sind, an den Sitzungen der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3 sowie der Verteilung der Kosten,
6. den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten und Auslagen.

(7) ¹Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik legt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erstmals bis zum 31. Dezember 2021 und dann in der Regel jährlich die von digitalen Pflegeanwendungen nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 zu gewährleistenden Anforderungen an die Datensicherheit fest. ²§ 139e Absatz 10 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(8) ¹Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erstmals bis zum 31. März 2022 und dann in der Regel jährlich die Prüfkriterien für die von Herstellern einer digitalen Pflegeanwendung nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 nachzuweisende Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz fest. ²§ 139e Absatz 11 Satz 2 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(9) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales dem Deutschen Bundestag jährlich, erstmals zum 1. April 2024, einen barrierefreien Bericht vor. ²Der Bericht enthält Informationen über die Inanspruchnahme der Leistungen nach den §§ 39a und 40a, insbesondere dazu, wie viele Pflegebedürftige der jeweiligen Pflegegrade Leistungen in Anspruch genommen haben und welche Mittel die Pflegekassen dafür verausgabt haben. ³Hinsichtlich der Leistungen der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegeversicherung durchführen, bezieht der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. mit ein. ⁴Das Bundesministerium für Gesundheit kann weitere Inhalte des Berichts in der Verordnung nach Absatz 6 festlegen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Einzelne Regelungen	5
1. Vergütung (Abs. 1)	5
2. Rahmenvereinbarung (Abs. 2)	9
3. Pflegeanwendungsverzeichnis (Abs. 3)	12
4. Aufnahmeantrag (Abs. 4)	13
5. Aufnahmeverfahren (Abs. 5)	15
6. Verordnungsermächtigung (Abs. 6 und 9)	21
7. Datensicherheit (Abs. 7)	22
8. Datenschutz (Abs. 8)	24
9. Berichtspflichten (Abs. 9)	25

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist am 9.6.2021 in Kraft getreten (Digitale-Versorgung-und-Pflege- Modernisierungsgesetz, BGBl. 2021 I 1309) und mit Wirkung zum 26.3.2022 in

§ 78a Siebtes Kapitel. Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Abs. 1, 4, 5, 7 und 8 angepasst bzw. ergänzt worden (BGBl. I 482). Mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) wurden die Abs. 4 und 9 angepasst und ergänzt.

II. Normzweck

- 2 Im Rahmen der Digitalisierung der Versorgung in der Pflege regelt § 78a die **leistungserbringerrechtliche Seite** der digitalen Pflegeanwendungen. Die Norm enthält Vorschriften zur Vergütung durch die Pflegekassen, zur Aufnahme in das Pflegeanwendungsverzeichnis (DiPA-Verzeichnis) sowie zu den technischen und vertraglichen Rahmenbedingungen. § 78a ergänzt die Vorschrift des § 78, der Hilfsmittel regelt, die nicht auf digitalen Technologien beruhen.
- 3 Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit digitalen Pflegeanwendungen zu Lasten der Pflegekasse ist nur dann möglich, wenn diese im DiPA-Verzeichnis aufgenommen sind. § 78a ist die **Rechtsgrundlage für die Aufnahmebedingungen** einer digitalen Pflegeanwendung in das vom BfArM geführte Verzeichnis. Die Aufnahme erfolgt auf Antrag des Herstellers. Diesem Antrag sind Nachweise beizufügen, aus denen hervorgeht, dass die an Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Qualität, pflegerischen Nutzen sowie Datensicherheit und Datenschutz gestellten Anforderungen erfüllt sind. Ein einheitliches Anforderungsprofil ergibt sich aus dem Zusammenspiel der von Abs. 4 S. 3 statuierten Anforderungen und der auf der Grundlage von Abs. 6 erlassenen Rechtsverordnung (Verordnung zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen vom 29.9.2022, BGBl. I 1568, DiPA-VO).
- 4 Das Konzept der digitalen Pflegeanwendung und das Antragsverfahren basieren auf dem Grundsatz, dass digitale Pflegeanwendungen sowohl sicher als auch leicht zu nutzen sein müssen, wenn sie erfolgreich in der Langzeitpflege etabliert werden sollen. Ein wichtiger Schwerpunkt liegt dabei in der größtmöglichen Transparenz: Für die Hersteller soll der Weg ihrer digitalen Pflegeanwendung in die Erstattungsfähigkeit durch die Pflegekassen durch die Formulierung eindeutiger Vorgaben und Interpretationshilfen gut planbar sein. Für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige, sonstige ehrenamtlich Pflegenden, nach dem SGB XI zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen sowie Kostenträger soll über das DiPA-Verzeichnis zudem Transparenz hinsichtlich der Verfügbarkeit sicherer und evidenzbasierter DiPA und ihrer Zweckbestimmungen und Inhalte geschaffen werden. Auf dieser Grundlage soll allen relevanten Stakeholdern eine gut informierte Entscheidung und eine vertrauensvolle Nutzung ermöglicht werden (vgl. BfArM Leitfaden Version 1.2 vom 11.10.2023 abrufbar unter https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/dipa_leitfaden.html?nn=47133).

III. Einzelne Regelungen

1. Vergütung (Abs. 1)

- 5 Die Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung handeln mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesarbeitsverband der überörtlichen Träger der Sozialhilfe einen **einheitlichen Preis** aus und setzen **die technischen und vertraglichen Bestimmungen der Zurverfügungstellung** fest (§ 40a Abs. 4). Eine Differenzierung der Vergütungsbeträge nach Kostenträgern ist nicht zulässig. Die Bedingungen der Rahmenvereinbarung nach Abs. 2 sind zu beachten.
- 6 Im Vorfeld muss der Hersteller dem Spitzenverband unverzüglich einen Nachweis des pflegerischen Nutzens erbringen (Abs. 6 S. 2 iVm §§ 9–12 DiPA-VO) und den tatsächlichen Preis bei Abgabe an Selbstzahler oder in andere europäische Länder

nennen (Abs. 1 S. 5). Diese Informationen setzen eine Dreimonatsfrist in Gang (Abs. 1 S. 1). Kommt es innerhalb dieser Frist nicht zu einer Vereinbarung, entscheidet eine Schiedsstelle (Abs. 1 S. 3). Getroffene Vereinbarungen gelten rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis (Abs. 1 S. 2).

Für das **Schiedsverfahren** gilt § 134 Abs. 3 SGB V, der die Schiedsstelle für Digitale Gesundheitsanwendungen regelt, entsprechend. Darüber hinaus sind Einzelheiten in §§ 30–32 der DiPA-VO (§ 78 Abs. 6 Nr. 5) sowie in der Rahmenvereinbarung und der Geschäftsordnung der Schiedsstelle (abrufbar unter https://schiedsstelle.de/schiedsstellen/134_abs_3_sgv_v/134.jsp) geregelt. Die Schiedsstelle handelt durch einen vertragsgestaltenden Verwaltungsakt (BSG 17.12.2009 – B 3 P 3/08 R, BeckRS 2010, 69469 zu Vergütungssätzen in der ambulanten Pflege; BSG 25.11.2020 – B 3 KR 1/10 R, BeckRS 2011, 71121 zur häuslichen Krankenpflege).

Im Rahmen der gerichtlichen Kontrolle hat die Schiedsstelle einen **Beurteilungsspielraum**, dh die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich auf die Ermittlung der widerstreitenden Interessen, einer fehlerfreien und begründeten Abwägung nach den Grundsätzen des Leistungserbringerrechts des SGB XI sowie an der Nachvollziehbarkeit der Kostenprognose. Für Klagen gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle ist das LSG Berlin-Brandenburg zuständig (§§ 134 Abs. 3 SGB V, 29 Abs. 4 Nr. 3 SGG). Streitig ist, ob ein Vorverfahren stattfinden muss (Hauck/Noftz/Luthe Rn. 27 geht davon aus, dass aufgrund des ausdrücklichen Verweises in Abs. 1 S. 3 nur auf § 134 Abs. 3 SGB V ein Vorverfahren stattzufinden hat; aA zutreffend jurisPK-SGB XI/Fischer Rn. 51).

2. Rahmenvereinbarung (Abs. 2)

Der Spitzenverbund Bund der Pflegekassen schließt im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe mit den Spitzenorganisationen der Hersteller eine Rahmenvereinbarung in Form eines **öffentlich-rechtlichen Vertrags** (§§ 53 ff. SGB X) ab. Diese soll die Maßstäbe für die Vereinbarung der Vergütungsbeträge sowie die Grundsätze der technischen und vertraglichen Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendung regeln.

Der Dreimonatszeitraum, in dem eine Rahmenvereinbarung geschlossen werden soll, begann am Tag nach der Verkündung der DiPA-VO am 7.10.2022 und endete am 6.1.2023. Nach Ablauf der Dreimonatsfrist wird bei entsprechendem Antrag einer Vertragspartei die Vereinbarung durch die Schiedsstelle festgesetzt. Erfolgt eine Festsetzung durch die Schiedsstelle, so tritt diese an die Stelle der Rahmenvereinbarung und ist wie die Rahmenvereinbarung selbst unmittelbar verbindlich bis sie durch eine Rahmenvereinbarung ersetzt wird.

Ungeklärt ist, inwieweit sich die **normative Wirkung** der Vereinbarung auch auf Herstellerunternehmen erstreckt, die nicht Mitglieder der beteiligten Verbände nach Abs. 1 S. 1 sind, da eine Beitrittsverpflichtung nicht geregelt ist (gegen den Charakter der Rahmenvereinbarung als Normsetzungsvertrag Hauck/Noftz/Luthe Rn. 30).

3. Pflegeanwendungsverzeichnis (Abs. 3)

Die Erstattungsfähigkeit von Kosten einer digitalen Pflegeanwendung setzt voraus, dass das Prüfverfahren beim BfArM erfolgreich war und die Anwendung in das Verzeichnis nach Abs. 3 aufgenommen worden ist (DiPA-Verzeichnis). Während das Hilfsmittelverzeichnis nach § 78 informatischen Charakter hat, ist das DiPA-Verzeichnis **verbindlich**. Es orientiert sich am Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen (§ 139e SGB V). Das BfArM hat nach Abs. 5 S. 4 einen **Leitfaden** für Hersteller und Nutzende erstellt (Version 1.2 vom 11.10.2023 abrufbar unter <https://>

www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/dipa_leitfaden.html?nn=471334). Das Konzept der digitalen Pflegeanwendung und das Prüfverfahren basieren auf dem Grundsatz, dass Anwendungen sowohl sicher als auch leicht zu nutzen sein müssen, um sich erfolgreich in der Langzeitpflege zu etablieren. Wichtigstes Ziel des DiPA-Verzeichnisses ist es, eine **gut informierte Nutzung** von digitalen Anwendungen in der Versorgung durch pflegebedürftige Personen, pflegende Dritte und ambulante Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen und zu stärken. Es muss barrierefrei sein, damit auch pflegebedürftige Personen sich ohne besondere Erschwernis und ohne fremde Hilfe informieren können (Abs. 3 S. 1). Das BfArM wird das Verzeichnis nach Aufnahme der ersten digitalen Pflegeanwendung veröffentlichen. Es ist nach Gruppen zu gliedern, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind (Abs. 3 S. 2 iVm § 139e Abs. 1 S. 2 SGB V). Weitere Details zu Inhalt, Ausgestaltung und Bekanntmachung regeln §§ 16–18 DiPA-VO.

4. Aufnahmeantrag (Abs. 4)

- 13 Die Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen erfolgt auf elektronischen Antrag beim BfArM (§ 1 Abs. 1 DiPA-VO). Dies erfordert die Vorlage hinreichender **Nachweise** durch den Hersteller über die Erfüllung der maßgeblichen Anforderungen an digitale Pflegeanwendungen. Hierunter fallen neben Angaben zu Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Datenschutz, Datensicherheit und dem Nachweis eines pflegerischen Nutzens im Sinne des SGB XI insbesondere die weitergehenden Anforderungen an die Qualität. Der pflegerische Nutzen besteht nach Ansicht des Gesetzgebers in der Sturzprävention, der Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustands und der Unterstützung des Pflegealltags (BT-Drs. 19/29652, 145 f.). Details finden sich in §§ 10–12 DiPA-VO. Anders als bei den digitalen Gesundheitsanwendungen, bei denen eine Aufnahme in das Verzeichnis „zur Probe“ möglich ist (§ 139e Abs. 4 SGB V), müssen die Hersteller der Pflegeanwendungen zur Aufnahme bereits einen Nachweis des pflegerischen Nutzens erbringen (kritisch Dittrich SRA 2021, 275). Zu den nicht abschließend benannten Qualitätskriterien gehört neben der hinreichenden fachlichen Fundierung, der Barrierefreiheit und der Interoperabilität insbesondere die **altersgerechte Nutzbarkeit** der Anwendung. Details und Nachweise durch Zertifikate sind in §§ 3–8 DiPA-VO geregelt.
- 14 Weist eine digitale Gesundheitsanwendung mehrere pflegerische Nutzen oder zusätzliche Funktionalitäten auf, so erfolgt keine zusätzliche Vergütung der Hersteller zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung für zusätzliche Funktionalitäten oder Mehrwertdienste, die über das Leistungsspektrum hinausgehen, das Gegenstand der Prüfung des BfArM war. Die Mehrkosten für derartige Angebote müssten die Pflegebedürftigen selbst tragen.

5. Aufnahmeverfahren (Abs. 5)

- 15 Das BfArM entscheidet innerhalb von **drei Monaten** nach Eingang des vollständigen Antrags („Fast-Track-Verfahren“). Der Hersteller kann zur Ergänzung des Antrags aufgefordert werden, wenn dieser unvollständig ist. Den Eingang der vollständigen Antragsunterlagen bestätigt das BfArM dem Antragsteller innerhalb von 14 Tagen nach Eingang (§ 13 S. 1 DiPA-VO). Das BfArM muss den Spitzenverband Bund der Pflegekassen unverzüglich über die Aufnahme einer digitalen Pflegeanwendung in das DiPA-Verzeichnis informieren (Abs. 5 S. 7). Der Spitzenverband wiederum teilt dem BfArM den nach Abs. 1 ausgehandelten Vergütungsbetrag mit (Abs. 5 S. 8).
- 16 Durch den Verweis auf § 139e Abs. 6 SGB V besteht eine Pflicht zur Anzeige wesentlicher Veränderungen. Eine Legaldefinition der „**wesentlichen Veränderung**“ findet sich in § 14 DiPA-VO, das Verfahren wird in § 15 DiPA-VO erläutert.
- 17 Einzelheiten zu Gebühren und Auslagen (Abs. 5 S. 5 iVm § 139e Abs. 6 u. 9 SGB V) werden in §§ 20–29 DiPA-VO geregelt.

Soweit eine digitale Pflegeanwendung begleitende Unterstützungsleistungen Dritter vorsieht, stellt das BfArM diese in dem Bescheid für die Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen verbindlich fest. 18

Wendet sich der Hersteller gegen die Ablehnung des Antrages auf Aufnahme seiner digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis, ist vor Klageerhebung zunächst grundsätzlich das Vorverfahren (§§ 77 ff. SGG) erfolglos zu durchlaufen (vgl. § 78a Abs. 5 S. 5 SGB XI iVm § 139e Abs. 7 S. 1 SGB V). Ein Vorverfahren ist nicht aufgrund § 78a Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGG entbehrlich. Das BfArM entscheidet als Bundesoberbehörde gem. § 85 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGG selbst über den Widerspruch. Oberste Bundesbehörde ist das BMG, in dessen Geschäftsbereich das BfArM tätig ist. Statthafte Klageart ist die kombinierte **Anfechtungs- und Verpflichtungsklage**, gerichtet auf die Verpflichtung des BfArM, die digitale Pflegeanwendung in das Verzeichnis aufzunehmen. Zuständig sind im ersten Rechtszug die Sozialgerichte (§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG, § 8 iVm § 29 Abs. 2–4 SGG). 19

Gleiches gilt bei einer Streichung durch das BfArM aus dem DiPA-Verzeichnis. Statthafte Klageart ist die Anfechtungsklage (§ 54 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGG). Die ursprüngliche Aufnahmeentscheidung lebt für den Fall der Aufhebung des Bescheides über die Streichung wieder auf. 20

6. Verordnungsermächtigung (Abs. 6 und 9)

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Nähere in einer Rechtsverordnung zu regeln. Die „Verordnung zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendung nach dem Elften Gesetzbuch“ (**Digitale Pflegeanwendungsverordnung – DiPA-VO** vom 29.9.2022) ist am 7.10.2022 in Kraft getreten (BGBl. I 1568). Sie regelt Details zu Antragsberechtigung und Antragsinhalten, Anforderungen an digitale Pflegeanwendungen, Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens, Verfahrensvorschriften, Informationen zum DiPA-Verzeichnis, Gebühren und Auslagen, Schiedsverfahren und die Berichtspflicht nach Abs. 9. 21

7. Datensicherheit (Abs. 7)

Das **Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik** legt im Einvernehmen mit dem BfArM und im Benehmen mit Datenschutzbeauftragten die von digitalen Pflegeanwendungen zu gewährende **Anforderungen an die Datensicherheit** fest. Die Festlegungen sind so zu gestalten, dass auch Verfahren zum Umgang mit Fremdsoftware und Software-Bibliotheken berücksichtigt werden. Der kleinteiligen Anbieterstruktur und der begrenzten finanziellen Leistungsfähigkeit der Hersteller ist Rechnung zu tragen. So sollen Aktualisierungen der Anforderungen an die Datensicherheit im Hinblick auf den im Wandel begriffenen Stand der Technik gewährleistet werden (BT-Drs. 19/27652, 209). Die Festlegung erfolgte erstmals bis zum 31.12.2021 und dann in der Regel jährlich, sofern nicht unterjährig Bedrohungs- oder Angriffsszenarien bekannt werden. 22

Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bietet seit 1.6.2022 Verfahren zur Prüfung der Einhaltung dieser Anforderungen sowie Verfahren zur Bestätigung der Einhaltung dieser Anforderungen durch entsprechende Zertifikate an (§ 78a Abs. 7 S. 2 SGB XI iVm § 139e Abs. 10 S. 2 SGB V). Seit 1.1.2023 müssen die Hersteller ein solches Zertifikat vorweisen können (§ 78a Abs. 7 S. 2 SGB XI iVm § 139e Abs. 10 S. 3 SGB V). 23

8. Datenschutz (Abs. 8)

Das BfArM legt im Einvernehmen mit dem oder der **Datenschutzbeauftragten** und im Benehmen mit dem **Bundesamt für Sicherheit in der Informati-** 24

onstechnik die Prüfkriterien für die von Herstellern einer digitalen Pflegeanwendung nachzuweisende Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz fest. Die Festlegung erfolgte erstmals bis zum 31.3.2022 und dann in der Regel jährlich, sofern unterjährig keine kurzfristige Aktualisierung erforderlich erscheint. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz durch den Hersteller ist ab dem 1.4.2023 durch Vorlage eines anhand der Prüfkriterien ausgestellten Zertifikates nach Art. 42 VO (EU) 2016/679 zu führen (§ 78a Abs. 8 S. 2 SGB XI iVm § 139e Abs. 11 S. 2 SGB V). Einzelheiten regelt die DiPA-VO in § 6 Abs. 3–5.

9. Berichtspflichten (Abs. 9)

- 25 Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen muss, unter Einbeziehung des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V., über das BMG und das BMAS dem Deutschen Bundestag einen barrierefreien Bericht mit Informationen über die **Inanspruchnahme der Leistungen** nach den §§ 39a, 40a SGB XI vorlegen. Einzelheiten ergeben sich aus § 33 DiPA-VO. Danach muss der Bericht strukturelle Informationen zu den digitalen Pflegeanwendungen enthalten, Informationen zum Antrags- und Genehmigungsgeschehen, Informationen zur Inanspruchnahme der digitalen Pflegeanwendungen und den Leistungsausgaben der Pflegekassen im Berichtsjahr, Informationen zum Schiedsverfahren und eine Darstellung, wie die Pflegekassen ihre Versicherten zu ihren Rechten auf digitale Pflegeanwendungen informieren (§ 33 Abs. 1 DiPA-VO). § 33 Abs. 2 DiPA-VO erstreckt den Anwendungsbereich der Informationspflichten auf private Pflegekassen. Der Bericht ist erstmals zum 1.4.2024 vorzulegen, danach jährlich.

Vierter Abschnitt. Wirtschaftlichkeitsprüfungen

§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige prüfen lassen; vor Bestellung der Sachverständigen ist der Träger der Pflegeeinrichtung zu hören. ²Eine Prüfung ist nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. ³Die Anhaltspunkte sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. ⁴Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

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

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

(4) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. ²Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie
2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).

³Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie die Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Verfassungsmäßigkeit	3
IV. Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Abs. 1)	4
V. Mitwirkungspflicht der Pflegeeinrichtung (Abs. 2)	5
VI. Das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Abs. 3)	6
VII. Abrechnungsprüfungen (Abs. 4)	7

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 88 RegE); vgl. Begründung des RegE S. 140 f.; zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 46. Durch das PflegeWEG wurde Abs. 1 S. 2 geändert und S. 3 und 4 angefügt; zur Begründung vgl. BT-Drs. 16/7439, 70. Abs. 4 wurde durch das PSG III mWv 1.1.2017 eingefügt; zur Begründung vgl. BT-Drs. 18/9518, 72.

II. Normzweck

§ 79 sieht Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei zugelassenen stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen vor. Die Wirtschaftlichkeit der Pflegeleistungen von einzelnen Pflegepersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 geschlossen hat, wird von den Pflegekassen in eigener Regie ohne Einhaltung eines förmlichen Prüfungsverfahrens kontrolliert. Pflegeleistungen nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen (§ 19) werden im Rahmen der nach § 37 Abs. 3 abzurufenden Einsätze von Pflegediensten und ggf. durch Einschaltung des MD (§ 18 Abs. 2 S. 5 iVm Abs. 5 S. 2) überprüft. Anders als bei der vertragsärztlichen Versorgung (§ 106 Abs. 4 SGB V) werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Pflegeeinrichtungen nicht von einem gemeinsamen Prüfungsgremium durchgeführt, sondern allein von den Landesverbänden der Pflegekassen; die jeweils betroffene Einrichtung hat vor der Bestellung eines Sachverständigen ein Anhörungsrecht. Abs. 2 verpflichtet die Pflegeeinrichtungen, die notwendigen Unterlagen vorzulegen und ggf. Auskünfte zu erteilen. Das Prüfungsergebnis kann Grundlage einer Kündigung des Versorgungsvertrages sein (Abs. 3 iVm § 74); es ist in jedem Fall bei der nachfolgenden Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen (Abs. 3). Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten sind Gegenstand des nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 abzuschließenden Rahmenvertrages. Im **PflegeWEG** hat der Gesetzgeber auf die massive Kritik in Rspr. (BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2001, 40654) und Literatur (Udsching NZS 1999, 473; SGB 2003, 133; Igl SGB 2008, 1 (5)) reagiert und den Anwendungsbereich der Vorschrift erheblich eingeschränkt; nunmehr sind Wirtschaftlichkeitsprüfungen nur noch zulässig, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die in § 72 Abs. 3 S. 1 aufgeführten Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr

erfüllt. Nach der ursprünglichen Gesetzesfassung waren die Landesverbände bei Vorliegen dieser Voraussetzung zur Einleitung einer Prüfung verpflichtet; ohne derartigen Anlass lag die Durchführung eines Prüfverfahrens in ihrem Ermessen. Art. 1 Nr. 17 PSG III hat in Abs. 4 zusätzlich **Abrechnungsprüfungen** eingeführt, um im Interesse der Solidargemeinschaft der Versicherten und zum Schutz der Pflegebedürftigen fehlerhaftes Abrechnungsverhalten von zugelassenen Pflegeleistungsanbietern besser und gezielter bekämpfen zu können.

III. Verfassungsmäßigkeit

- 3 Die umfassende Prüfung der Wirtschaftlichkeit, die mit erheblichen Eingriffen in die unternehmerische Betätigungsfreiheit verbunden ist, begegnet im Hinblick auf das Übermaßverbot erheblichen Bedenken. § 79 wurde weitgehend der Vorschrift über die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung in § 113 SGB V nachgebildet, obwohl der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung schon wegen der abweichenden Struktur des Leistungsrechts eine ganz andere Bedeutung hat als im Bereich der PflegeV. Die Leistungen der Krankenversicherung sind nicht gedeckelt, sondern grundsätzlich vom Bedarf abhängig; von daher erfüllt die Wirtschaftlichkeitsprüfung dort eine Steuerungsfunktion zur Vermeidung nicht gerechtfertigter Leistungsausweitungen, die im gedeckelten Leistungssystem der Pflegeversicherung nicht erforderlich ist. Bei der Übertragung des § 113 SGB V wurde zudem außer Acht gelassen, dass die Leistungserbringung im Krankenhaus seinerzeit noch weitgehend auf der Grundlage des Selbstkostendeckungsprinzips erfolgte, das für den Bereich der PflegeV, wie die §§ 84, 85 deutlich machen, aber ausdrücklich ausgeschlossen wurde. Hier sollte Wirtschaftlichkeit vor allem durch Wettbewerb und Angebotsvielfalt erreicht werden. Ein Abhängigmachen der Zulassung vom Bedarf wird zudem ausdrücklich ausgeschlossen (§ 72 Abs. 3). Auf einem vom Wettbewerb geprägten Markt kommt es in erster Linie auf die **Marktgerechtigkeit des Preises** der erbrachten Leistungen (vgl. BVerwG 1.12.1998 – 5 C 17–97, BVerwGE 108, 47 = NVwZ-RR 1999, 446 = Buchholz 436.0 § 93 BSHG Nr. 4) unter Beachtung eines normativ festgelegten Qualitätsstandards an (vgl. hierzu auch Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 116, der die Prüfungsintensität zwar ebenfalls für überzogen hält, den Wettbewerbsaspekt im Hinblick auf die Pflegesätze in der Pflegeversicherung jedoch ablehnt). Solange sich aus diesen Faktoren keine Bedenken an der Wirtschaftlichkeit der Einrichtung ergeben, dürfte die in § 78 vorgesehene Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht in Betracht kommen (in diese Richtung auch: BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2001, 40654; hierzu auch BSG 12.6.2008 – B 3 P 2/07 R, BSGE 101, 6 Rn. 31 f. = BeckRS 2008, 57386). In jedem Fall bedarf der Umfang der nach Abs. 2 vorgesehenen Offenbarungspflichten einer verfassungskonformen Begrenzung (vgl. auch Igl SGB 2008, 1).

IV. Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Abs. 1)

- 4 Die Entscheidung über die Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung liegt im Ermessen der Landesverbände, die hierüber gemeinsam entscheiden müssen (§ 81 Abs. 1 S. 1). S. 2 verpflichtet die Landesverbände zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, wenn ihnen Anzeichen dafür bekannt werden, dass die Pflegeeinrichtung nicht mehr die Gewähr für eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung bietet oder gar die Voraussetzungen des § 71 nicht mehr erfüllt (Bezugnahme auf § 72 Abs. 3 S. 1). Die Person des Sachverständigen wird von den Landesverbänden ausgewählt; der Träger der Pflegeeinrichtung muss jedoch vor Erteilung

des Auftrags gehört werden. § 113 SGB V, die Parallelvorschrift im Krankenversicherungsrecht billigt dem Krankenhausträger insoweit ein weitergehendes Mitspracherecht zu (vgl. Schulin PV-HdB/Neumann § 21 Rn. 117). Der Sachverständige muss für die Wirtschaftlichkeitsprüfung fachlich geeignet und unabhängig sein. Einzelheiten zur Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen können im Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 geregelt werden; vgl. hierzu auch Abschnitt VI (§§ 26–32) der Gemeinsamen Empfehlungen gem. § 75 Abs. 5.

V. Mitwirkungspflicht der Pflegeeinrichtung (Abs. 2)

Der Träger der Pflegeeinrichtung soll die für die Prüfung notwendigen Unterlagen vorlegen und ggf. Auskünfte des bei ihm beschäftigten Pflegepersonals und der Geschäftsführung veranlassen. Der Umfang der Mitwirkungspflicht soll im Rahmen des sachlich Notwendigen durch den Sachverständigen festgelegt werden (zu Bedenken gegenüber dieser weitgehenden Eingriffsbefugnis vgl. → Rn. 3). Die Mitwirkungsvorschriften des SGB I, insbesondere die Regelungen über die Folgen fehlender Mitwirkung, sind nicht anwendbar, da es nicht um die Gewährung einer Sozialleistung geht. Die völlige oder teilweise Versagung der Mitwirkung kann einen Kündigungsgrund nach § 74 darstellen; dies kommt jedoch nicht in Betracht, wenn die Wirtschaftlichkeitsprüfung zielgerichtet eingesetzt wird, um flächendeckend, ohne konkreten Anlass die Kalkulationsgrundlagen von Pflegeeinrichtungen zu analysieren (BSG 12.6.2008 – B 3 P 2/07 R, BSGE 101, 6 = SozR 4–3300 § 79 Nr. 1 = BeckRS 2008, 57386). Einzelheiten der Mitwirkung sind im Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 zu klären (vgl. → Rn. 2).

VI. Das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Abs. 3)

Ergibt die Prüfung, dass die Einrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 S. 1 nicht oder nicht mehr erfüllt, so haben die Landesverbände hieraus Konsequenzen zu ziehen. Sie können der Einrichtung eine Frist zur Behebung der Mängel setzen oder bei gravierenden Mängeln ggf. den Versorgungsvertrag kündigen. Für das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung gelten die in § 80 Abs. 3 näher geregelten Folgen einer Qualitätsprüfung entsprechend. In jedem Fall ist das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen. Gerade diese Folge verdeutlicht, dass die den Pflegeeinrichtungen auferlegten Offenbarungspflichten zu weit gehen. Sans (RsDE 23/(1994), 49 (54)) macht zu Recht geltend, dass es den Pflegeeinrichtungen nicht zuzumuten ist, gegenüber den Pflegekassen sämtliche Kalkulationsgrundlagen zu offenbaren, um von diesen bei der nachfolgenden Vergütungsverhandlung unter Druck gesetzt zu werden (so auch Schulin SozVersR-HdB/Neumann § 21 Rn. 117). Mit Urteil vom 12.6.2008 (B 3 P 2/07 R, BSGE 101, 6 Rn. 27 ff. = BeckRS 2008, 57386) hat das BSG die Kündigung eines Versorgungsvertrages, die auf die Weigerung einer Pflegeeinrichtung gegründet worden war, an einer „anlasslosen“ Wirtschaftlichkeitsprüfung mitzuwirken, als grob unverhältnismäßig gewertet

VII. Abrechnungsprüfungen (Abs. 4)

Die in Abs. 4 neu eingeführte Abrechnungsprüfung ergänzt die mit dem PSG II verstärkte Verpflichtung zur Abrechnungsprüfung bei allen Regelprüfungen der Qualität nach § 114 Abs. 2 S. 6 (BT-Drs. 18/9518, 72). Sie bezieht sich dabei auf alle Leistungen der Pflegeversicherung, die nach dem Sachleistungsprinzip erbracht und

§ 81 Siebtes Kapitel. Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

abgerechnet werden sowie auf Leistungen, die im Wege der Erstattung zu Lasten der Pflegeversicherung geltend gemacht werden. Im Interesse der Pflegebedürftigen und der zuständigen Sozialhilfeträger soll bei stationärer Pflege auch die Abrechnung von Leistungen für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 mit geprüft werden (Abs. 4 S. 2 Nr. 2), obwohl sie nicht Bestandteil der Pflegesachleistung sind, sondern von den Versicherten bzw. bei unzureichender finanzieller Leistungsfähigkeit von der Sozialhilfe zu tragen sind. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass bei Prüfverfahren im Einzelfall auch eine Zusammenarbeit mit den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 47a sowie den entsprechenden Einrichtungen, die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden eingerichtet sind (§ 81a und § 197a SGB V), unter Einbeziehung der Sozialhilfeträger stattfindet. Auch die Abrechnungsprüfung nach Abs. 4 setzt das Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte für ein fehlerhaftes Abrechnungsverhalten durch den zugelassenen Leistungsanbieter voraus. Lediglich vage und wenig konkrete Hinweise reichen auch nach Auffassung des Gesetzgebers nicht aus, um eine Abrechnungsprüfung zu veranlassen. Bei den Landesverbänden der Pflegekassen müssen vielmehr Anhaltspunkte dafür vorliegen, die deutlich auf ein fehlerhaftes Abrechnungsverhalten der Pflegeeinrichtung hinweisen. Im Interesse eines gleichmäßigen und sachgerechten Prüfverfahrens sind die Partner der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 auf Landesebene in der Pflicht, entsprechende Vereinbarungen zu treffen.

§§ 80, 80a (aufgehoben)

§ 81 Verfahrensregelungen

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52) erfüllen die ihnen nach dem Siebten und Achten Kapitel zugewiesenen Aufgaben gemeinsam. ²Kommt eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch die Mehrheit der in § 52 Abs. 1 Satz 1 genannten Stellen mit der Maßgabe, dass die Beschlüsse durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen und durch zwei Vertreter der Ersatzkassen sowie durch je einen Vertreter der weiteren Stellen gefasst werden.

(2) ¹Bei Entscheidungen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe oder den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe gemeinsam zu treffen sind, werden die Arbeitsgemeinschaften oder die überörtlichen Träger mit zwei Vertretern an der Beschlussfassung nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt. ²Kommt bei zwei Beschlussfassungen nacheinander eine Einigung mit den Vertretern der Träger der Sozialhilfe nicht zustande, kann jeder Beteiligte nach Satz 1 die Entscheidung des Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 76 verlangen. ³Sie entscheiden für alle Beteiligten verbindlich über die streitbefangenen Punkte unter Ausschluss des Rechtswegs. ⁴Die Kosten des Verfahrens nach Satz 2 und das Honorar des Vorsitzenden sind von allen Beteiligten anteilig zu tragen.

(3) ¹Bei Entscheidungen nach dem Siebten Kapitel, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Vertretern der Träger der Sozialhilfe gemeinsam zu treffen hat, stehen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in entsprechender Anwendung von Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 neun und den Vertretern der Träger der Sozialhilfe zwei Stimmen zu. ²Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass bei Nichteinigung ein Schiedsstellenvorsitzender zur Entscheidung von den Beteiligten einvernehmlich auszuwählen ist.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Aufgaben der Landesverbände (Abs. 1 S. 1)	3
IV. Einigungsverfahren (Abs. 1 S. 2)	4
V. Einbeziehung der Sozialhilfeträger (Abs. 2)	5
VI. Gemeinsame Entscheidungen durch den Spitzenverband Bund und die Träger der Sozialhilfe (Abs. 3)	6

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. 1
 Abs. 1 S. 1 und 2 sowie Abs. 2 haben die Fassung des RegE (§ 90 RegE). Vgl. Begr.
 des RegE S. 141 f. Abs. 1 S. 3 wurde aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-
 Ausschusses eingefügt (BT-Drs. 12/5920, 78; zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 47).
 Durch Art. 1 Nr. 10 PQsG wurde mWv 1.1.2002 Abs. 1 S. 3 aufgehoben und Abs. 2
 und 3 neu gefasst; zur Begründung dieser Änderungen vgl. BT-Drs. 14/5395, 34.
 Durch Art. 10 Nr. 8 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozial-
 gesetzbuch vom 27.12.2003, BGBl. I 3022, wurde Abs. 2 an die Terminologie des
 SGB XII angepasst. Durch das GKV-WSG wurden mWv 1.7.2008 Abs. 1 S. 2,
 Abs. 2 S. 1 (lediglich redaktionell) und Abs. 3 geändert. Im PNG wurde in Abs. 1
 lediglich der Zusatz „einschließlich der See-Krankenkasse“ hinter „Vertreter der
 Ortskrankenkassen“ gestrichen.

II. Normzweck

§ 81 regelt das Verfahren, das die Verbände der Pflegekassen bei der Wahrneh- 2
 mung der ihnen zugewiesenen Aufgaben einzuhalten haben. Die Landesverbände
 können ihre Aufgaben nur gemeinsam ausüben. Soweit Sozialhilfeträger oder deren
 Vereinigungen an den von den Landesverbänden zu treffenden Entscheidungen
 beteiligt sind, werden sie in ein aus der GKV übernommenes (ursprünglich in § 213
 Abs. 2 SGB V festgelegtes) **Konfliktlösungsverfahren** einbezogen, das den im
 Siebten und Achten Kapitel geregelten Vereinbarungen mit Leistungserbringern
 bzw. deren Vereinigungen grundsätzlich vorgeschaltet ist. Durch Änderungen von
 Abs. 2 wurde die Stellung der Sozialhilfeträger, ihrer Verbände und der von ihnen
 gebildeten Arbeitsgemeinschaften im PQsG erheblich gestärkt. Durch das GKV-
 WSG wurde die verbandliche Organisationsstruktur der GKV grundlegend geändert
 (Zusammenlegung aller Spitzenverbände zu einem Spitzenverband Bund); dies
 bedingte Änderungen von Abs. 1 S. 2 und Abs. 3, die durch dieses Gesetz eingeführt
 wurden.

III. Aufgaben der Landesverbände (Abs. 1 S. 1)

Zu den Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen vgl. allgemein → § 52 3
 Rn. 4f. Im Siebten und Achten Kapitel sind die Aufgaben der Landesverbände in
 folgenden Vorschriften geregelt: §§ 72 Abs. 2, 75 Abs. 1, 76 Abs. 1, 78 Abs. 4, 79
 Abs. 1, 85 Abs. 2 S. 2, 86 Abs. 1, 92 Abs. 2 S. 3, 92c Abs. 8. Die Landesverbände
 haben ihre Aufgaben **gemeinsam** zu erfüllen; S. 2 macht zudem deutlich, dass
einheitliche Entscheidungen getroffen werden müssen. Die Verpflichtung zur

gemeinsamen Aufgabenerfüllung gilt wegen Abs. 1 S. 1 auch dort, wo es in der Sachnorm nicht ausdrücklich angeordnet ist (s. auch LPK-SGB XI/Klie, 3. Aufl. 2009, Rn. 4).

IV. Einigungsverfahren (Abs. 1 S. 2)

- 4 Einigen sich die Landesverbände nicht auf eine einheitliche Entscheidung (zB ob mit einer Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 2 ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden soll oder nicht), so ist die Entscheidung durch ein Gremium zu treffen, das sich nach dem in Abs. 1 S. 2 iVm § 52 Abs. 1 S. 1 SGB V festgelegten Schlüssel zusammensetzt. Die Verbände sind nicht verpflichtet, nach außen hin zu dokumentieren, wie ihre Einigung zustande gekommen ist.

V. Einbeziehung der Sozialhilfeträger (Abs. 2)

- 5 Die **Einbeziehung der überörtlichen Sozialhilfeträger** bzw. je nach Zuständigkeit, der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger durch die erst auf Empfehlung des AuS-Ausschusses eingefügte Vorschrift in **Abs. 1 S. 3** wirft Zweifelsfragen auf (vgl. Tinnefeld DOK 1997, 53 (55 ff.)). Diese ergeben sich aus der Tatsache, dass die Sozialhilfeträger in unterschiedlichen Formen an Entscheidungen beteiligt sind und deshalb fraglich ist, wann eine Entscheidung „gemeinsam“ zu treffen ist. Teilweise ist das Einvernehmen der Sozialhilfeträger herbeizuführen (§ 72 Abs. 2), teilweise ist diesen die Stellung einer eigenständigen Vertragspartei eingeräumt (§§ 75 Abs. 1 und 85 Abs. 2 S. 2). In den Fällen, in denen der zuständige Sozialhilfeträger selbst Vertragspartei ist, hat er zugleich bei ausbleibender Einigung das Recht, die Schiedsstelle anzurufen (§§ 75 Abs. 3 S. 1, 85 Abs. 5 S. 1), das durch § 85 Abs. 5 S. 2 im Vergütungsrecht noch verstärkt wird. Die dem Sozialhilfeträger hierdurch eingeräumte eigenständige Position im Bereich des Vertragswesens, die für diesen vor allem wegen der in § 75 Abs. 5 SGB XII geregelten Folgen von Bedeutung ist, spiegelt sich in der zahlenmäßigen Zusammensetzung des Einigungsgremiums nach Abs. 2 S. 1 (nur zwei Vertreter der Sozialhilfeträger) nicht wider. Um die Interessen der Sozialhilfeträger zu wahren, wurde daher in Abs. 2 S. 2 im PQsG ein spezielles Schiedsverfahren eingefügt, das von den Vorgaben des § 76 abweicht: wenn eine Einigung bei zwei Versuchen zur Herbeiführung einer Beschlussfassung nicht zustande kommt, kann jedes Mitglied des Einigungsgremiums eine Entscheidung durch den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle verlangen (Abs. 2 S. 2); diese treffen eine Entscheidung unter Ausschluss des Rechtswegs. Nach Klie/Leonhard (LPK-SGB XI/Klie/Leonhard, 3. Aufl. 2009, Rn. 6) nutzen Sozialhilfeträger die Notwendigkeit von zwei Einigungsversuchen für sachwidrige Verzögerungen etwa bei der Zulassung neuer Pflegeeinrichtungen; dem könnte allerdings durch Schadensersatzforderungen entgegengewirkt werden. Bei Pflegesatzverhandlungen sind die Auswirkungen einer Zwangseinigung zulasten der Sozialhilfeträger allerdings durch die Regelung des S. 2 in § 75 Abs. 5 SGB XII erheblich eingeschränkt worden. Danach sind die Sozialhilfeträger an Vergütungsvereinbarungen nur dann gebunden, wenn sie in ihrem Einvernehmen getroffen wurden.

VI. Gemeinsame Entscheidungen durch den Spitzenverband Bund und die Träger der Sozialhilfe (Abs. 3)

- 6 Zum Begriff des Spitzenverbandes Bund und dessen Aufgaben nach dem SGB XI vgl. allgemein → § 53 Rn. 5 f. Die dem Spitzenverband nach dem Siebten Kapitel

zugewiesenen Aufgaben sind in den folgenden Vorschriften geregelt: §§ 75 Abs. 5 und 7 sowie § 78 Abs. 1, 2 und 3. Die entsprechende Anwendung von Abs. 2 S. 1 ist auch auf das dort geregelte Einigungsverfahren unter Einbeziehung der Sozialhilfeträger und deren Vereinigungen zu beziehen. Die in das Einigungsgremium von Seiten der Sozialhilfeträger zu entsendenden Vertreter sind von der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu bestellen. Bei zweimaligem Fehlschlagen einer Einigung können die Beteiligten einvernehmlich einen Schiedsstellenvorsitzenden zur Entscheidung auswählen (Abs. 3 S. 2).

Achtes Kapitel. Pflegevergütung

Vorbemerkungen zu §§ 82 bis 92b

Übersicht

	Rn.
I. Grundsätze des Vergütungsrechts	1
II. Die Pflegevergütung	3
III. Finanzierung der Investitionsaufwendungen	4
1. Gesetzgebungsverfahren	4
2. Finanzierung der Investitionskosten nach den §§ 82 ff.	5
IV. Kostenerstattung	6
V. Einbeziehung weiterer Leistungsträger	7

I. Grundsätze des Vergütungsrechts

- 1 Das Achte Kapitel regelt die von den Pflegekassen an die Pflegeeinrichtungen für Pflegeleistungen zu zahlende Pflegevergütung. Die Vergütung für Pflegeleistungen, die von einzelnen erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen erbracht werden, wird hiervon nicht erfasst (Ausnahme: Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen, falls diese aufgrund von § 90 erlassen wird). Die Vergütung von Pflegeleistungen, die von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen iSv § 19 erbracht werden (Familienangehörige, Nachbarn etc), richtet sich allein nach den Vereinbarungen zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson (s. auch § 90 Abs. 2 S. 1). Pflegesatzvereinbarungen nach den §§ 85 und 86 sowie Pflegevergütungsvereinbarungen nach § 89 sind öffentlich-rechtliche Verträge iSv § 53 Abs. 1 S. 1 SGB X (so bereits zu den Pflegesatzvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG: BVerwG 30.9.1993 – 5 C 41.91, BVerwGE 94, 202 = NJW 1994, 3027; BGH 12.11.1991 – KZR 22/90, BGHZ 116, 339 = BeckRS 1991, 3459).
- 2 Abgeschlossen werden Vergütungsvereinbarungen sowohl im ambulanten (§ 89) wie auch im stationären Bereich (§ 85) regelmäßig für jeden Träger individuell. Zwar kann die Vergütung für stationäre Pflegeleistungen jedoch mit Zustimmung des Heimträgers auch durch Kollektivvertrag (§ 86) festgelegt werden; in der Praxis hat sich das aber nicht durchgesetzt. Im Gegensatz zu den für den Inhalt der Versorgungsverträge (§ 72) maßgebenden Rahmenverträgen nach § 75 können Vergütungsverträge danach nicht ohne die Zustimmung des jeweiligen Einrichtungsträgers geschlossen werden. Für den Bereich der ambulanten Versorgung besteht von diesem Grundsatz nur dann eine Ausnahme, wenn der VO-Geber von der in § 90 enthaltenen Ermächtigung zum Erlass einer Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen Gebrauch macht.

II. Die Pflegevergütung

- 3 Als Pflegevergütung wird das Entgelt für allgemeine Pflegeleistungen bezeichnet (§ 82 Abs. 1 S. 1 Nr. 1). Hierunter versteht das Gesetz im ambulanten Bereich die in § 36 vorgesehenen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe. Für den stationären Bereich ergibt sich die Definition der allgemeinen Pflegeleistungen aus § 43 Abs. 2 S. 1. Danach sind nur die pflegebedingten Leistungen bei stationärer Pflege Gegenstand der Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung; seit dem 1. SGB XI-ÄndG umfasst die Pflegevergütung auch die medizinische Behandlungspflege und die sozi-

ale Betreuung. Pflegebedingt sind die Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4 S. 1). Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nimmt bereits § 4 Abs. 2 S. 2 Hs. 2 hiervon ausdrücklich aus. In die Pflegevergütung dürfen darüber hinaus Investitionsaufwendungen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich grundsätzlich nicht einfließen (vgl. hierzu → § 82 Rn. 14 ff.). Zur näheren Abgrenzung der in die Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung fallenden Aufwendungen von den bei der Pflegevergütung nicht zu berücksichtigenden Aufwendungen ist die Bundesregierung zum Erlass einer RechtsVO ermächtigt (§ 83 Abs. 1 S. 1 Nr. 5, die bislang allerdings nicht erlassen worden ist). Bei stationärer Pflege dürfen zudem sog. Zusatzleistungen nicht in die Bemessung der Pflegevergütung einfließen und müssen zudem von den Entgelten für Verpflegung und Unterkunft getrennt vereinbart werden. Hierunter versteht § 88 Abs. 1 besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen.

III. Finanzierung der Investitionsaufwendungen

1. Gesetzgebungsverfahren

Die Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen war im Gesetzgebungsverfahren zwischen Bund und Ländern umstritten. Der FraktE (§§ 91–101a FraktE, BT-Drs. 12/5262, 142 ff.) und die Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses (BT-Drs. 12/5920, 78 ff., Begr. BT-Drs. 12/5952, 47) gingen von einem eher monistischen Finanzierungssystem aus. Bei der monistischen Finanzierung werden alle Kostenbestandteile der Pflegeeinrichtungen einschließlich der Investitionskosten über die Pflegevergütung finanziert. Hierfür sollte den Pflegekassen neben dem Beitragsaufkommen ein Bundeszuschuss (§ 69 RegE) zur Verfügung stehen, der von den Ländern aus Ersparnissen im Sozialhilfereich finanziert werden sollte; in der Ausschussfassung wurde hieraus ein Finanzierungsbeitrag der Länder (vgl. BT-Drs. 12/5952, 45). Dieses Finanzierungskonzept ist im Vermittlungsverfahren am Widerstand der Länder gescheitert. Das Gesetz geht daher von einer dualen Finanzierung aus. Die Vorhaltung der für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Einrichtungen ist allein Sache der Länder. Den Pflegeeinrichtungen steht jedoch im Gegensatz zur Förderung betriebsnotwendiger Investitionen im Krankenhausbereich kein konkreter Anspruch auf Förderung der Investitionskosten durch die Länder zu. Vielmehr deutet § 9 S. 3 die Förderpflicht der Länder nur vage an.

2. Finanzierung der Investitionskosten nach den §§ 82 ff.

Da die Investitionskosten einerseits aus der Pflegevergütung ausgeklammert sind und andererseits die Beteiligung der Länder an diesen Kosten nicht konkretisiert wurde, musste den Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit eingeräumt werden, Investitionskosten, die von den Ländern nicht oder nicht in voller Höhe gefördert werden, den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung zu stellen (§ 82 Abs. 3 und 4). Dies ist für den Pflegebedürftigen mit einer erheblichen Rechtsunsicherheit verbunden, da er den Grad der Förderung, den die von ihm in Anspruch genommene Pflegeeinrichtung erhält, nicht ohne Weiteres erkennen kann.

IV. Kostenerstattung

Zugelassene Pflegeeinrichtungen haben, wie ein Rückschluss aus § 91 Abs. 1 6 zeigt, die Möglichkeit, auf den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung zu verzich-

ten; ambulante Pflegeeinrichtungen wären allerdings bei Erlass einer Gebührenordnung (§ 90) an diese gebunden. Die Regelung in § 91 Abs. 1 überrascht insofern, als sowohl für den Fall des Scheiterns von Pflegesatzverhandlungen im stationären Bereich (§ 85 Abs. 5), als auch bei ausbleibender Einigung über Vergütungsregelungen im ambulanten Bereich (§ 89 Abs. 3 S. 2), Festsetzungen durch die Schiedsstelle beantragt werden können. Verzichten Pflegeeinrichtungen auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung, so können sie ihr Entgelt unmittelbar mit dem Pflegebedürftigen vereinbaren. Der Pflegebedürftige kann für die pflegebedingten Aufwendungen Kostenerstattung beanspruchen (§ 91 Abs. 2 S. 1); die Erstattung darf allerdings 80 vH des Betrages nicht überschreiten, den die Pflegekasse für Sachleistungen nach den §§ 36 ff. ausgeben müsste (§ 91 Abs. 2 S. 2). Dieser Beschränkung der Kostenerstattung werden selbst der Sozialhilfeträger und das private Versicherungsunternehmen unterworfen.

V. Einbeziehung weiterer Leistungsträger

- 7 Während in das im Siebten Kapitel geregelte Vertragssystem der sozialen Pflegeversicherung auf Seiten der Pflegekassen nur noch die Sozialhilfeträger und deren Vereinigungen bzw. Interessenvertreter integriert sind, werden in die über die Pflegevergütung abzuschließenden Vereinbarungen auch sonstige Sozialversicherungsträger einbezogen. Voraussetzung einer Beteiligung ist bei ihnen und bei Sozialhilfeträgern, dass sie von der Vergütungsregelung in einem Mindestmaß betroffen sind (vgl. § 85 Abs. 2 S. 1 Hs. 2, auf den § 86 Abs. 3 S. 1 und § 87 S. 1 verweisen, und § 89 Abs. 2). Für die Einbeziehung der Sozialhilfeträger gibt es mehrere Gründe. Zum einen wirken sich Entgeltvereinbarungen unmittelbar auf ihre Leistungspflicht gegenüber Pflegebedürftigen aus, die keine Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beanspruchen können, da sie gegenüber den Leistungserbringern auch in diesen Fällen an die nach dem Achten Kapitel vereinbarte Vergütung gebunden werden. Zum anderen werden im stationären Bereich auch Entgelte für Leistungen (Unterkunft und Verpflegung) vereinbart, für die sie bei fehlender Leistungsfähigkeit des Pflegebedürftigen eintreten müssen. Schließlich sieht § 86 Abs. 1 auch eine Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen an der Pflegesatzkommission vor; bei individuellen Pflegesatzvereinbarungen ist nur eine abgeschwächte Form der Beteiligung vorgesehen (§ 85 Abs. 2 S. 3).

Erster Abschnitt. Allgemeine Vorschriften

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

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

1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie
2. bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.

²Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. ³Sie umfasst auch die Betreuung und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege. ⁴Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

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

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

(3) ¹Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. ²Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. ³Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen einschließlich der Berücksichtigung pauschalierter Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen sowie der zugrunde zu legenden Belegungsquote, wird durch Landesrecht bestimmt. ⁴Die Pauschalen müssen in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe der Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen stehen.

(4) ¹Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. ²Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(5) ¹Öffentliche Zuschüsse oder andere Unterstützungsmaßnahmen zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (Betriebskostenzuschüsse), die aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, sind von der Pflegevergütung und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung abzuziehen, um Doppelfinanzierungen auszuschließen. ²Bei deren prospektiven Bemessung und Vereinbarung sind Betriebskostenzuschüsse im Sinne des Satzes 1 zu berücksichtigen. ³Entsprechendes gilt für bereits vereinbarte Pflegevergütungen und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung für die Dauer der Bezuschussung; die Vertragsparteien haben dazu eine Ergänzungsvereinbarung abzuschließen. ⁴§ 115 Absatz 3 Satz 3 bis 6 findet entsprechend Anwendung. ⁵Die Pflegeeinrichtungen haben eine Pflegekasse als Partei der Pflegevergütungsvereinbarung unaufgefordert über Betriebskostenzuschüsse in Kenntnis zu setzen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Regelungssystematik	2

	R.n.
III. Pflegevergütung (Abs. 1 S. 1 Nr. 1)	4
1. Systematik	5
2. Allgemeine Pflegeleistung	6
3. Zahlungspflicht (Abs. 1 S. 2)	8
IV. Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (Abs. 1 S. 1 Nr. 2)	9
1. Regulierung der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung	10
2. Unterkunft und Verpflegung	12
3. Angemessenheit	13
V. Investitionsumlage (Abs. 3 und 4)	14
1. Regelungszweck	15
2. Umlagefähiger Aufwand	16
3. Betriebsnotwendigkeit	18
4. Pauschalierung (Abs. 3 S. 3 Hs. 2 und S. 4)	18a
5. Umlageverfahren	19
6. Rechtsweg	20
VI. Abgrenzung betriebs- und investitionsbezogener Aufwendungen (Abs. 2)	21
VII. Zuschüsse zu laufenden Aufwendungen (Abs. 5)	22

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch **Art. 1 PflegeVG** eingeführt worden. Durch das 1. SGB XI-ÄndG vom 14.6.1996 (BGBl. I 830) ist Abs. 1 S. 2 mWv 25.6.1996 inhaltlich neu gefasst und hierdurch klargestellt worden, dass auch der Aufwand für Betreuung und medizinische Behandlungspflege mit der Pflegevergütung abgegolten ist (vgl. hierzu BT-Drs. 13/3696, 16 und BT-Drs. 13/4091, 42 zu Nr. 26). Durch **Gesetz vom 19.6.2001** (BGBl. I 1149), und **Gesetz vom 9.9.2001** (BGBl. I 2320), sind in Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 3 S. 1 die Worte „Miete, Pacht“ jeweils durch „Miet- und Pachtverhältnisse über“ ersetzt und die Änderung wieder rückgängig gemacht worden (vgl. hierzu BT-Drs. 14/6308, 31 zu Nr. 10a). Schließlich wurden durch das **GKV-WSG** vom 26.3.2007, BGBl. I 378, mWv 1.4.2007 Abs. 1 S. 2 neu gefasst und Abs. 1 S. 3 eingefügt und hierdurch die Kostentragung bei der medizinischen Behandlungspflege an die Neuregelung des § 37 SGB V angepasst (vgl. hierzu BT-Drs. 16/3100, 537 f.). Durch das **Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen** (AssPfStatRG) vom 20.12.2012 (BGBl. I 2789) sind in Abs. 2 Nr. 1 nach „Maßnahmen“ die Wörter „einschließlich Kapitalkosten“ und in Nr. 3 nach „Pacht“ das Wort „Erbbauszins“ eingefügt worden. In Abs. 3 wurden in S. 1 nach „Pacht“ das Wort „Erbbauszins“ eingefügt und in S. 3 nach „Pflegebedürftigen“ der Passus „einschließlich der Berücksichtigung pauschalierter Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen sowie der zugrunde zu legenden Belegungsquote“. Schließlich wurde Abs. 3 noch ergänzt um den Satz „Die Pauschalen müssen in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe der Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen stehen.“ Damit hat der Gesetzgeber in Reaktion auf Entscheidungen des BSG zur Umlage von Investitionskosten auf die Heimbewohner die Länder ermächtigt, die pauschalierte Umlage solcher Kosten zuzulassen (vgl. BT-Drs. 17/11396, 21 f.). Durch Art. 2 Nr. 35 des **PSG II** vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) ist Abs. 1 S. 3 wie folgt gefasst worden „Sie umfasst auch die Betreuung und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege.“ Hierdurch ist auch der Finanzierungsregelung des § 82 statt der bis dahin verwandten Bezeichnung „soziale Betreuung“ der nunmehr im SGB XI allgemein gebrauchte umfassendere Begriff

(nur) der Betreuung zugrunde gelegt. Durch das **Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG** vom 23.10.2020 (BGBl. I 2220) wurden in Abs. 1 S. 3 im Anschluss an die Neuregelung des § 37c SGB V die Wörter „Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches“ durch die Wörter „außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ ersetzt (vgl. BR-Drs. 86/20, 42). Durch das **Gesetz zur Einführung von Preisbremsen für leistungsgebundenes Erdgas und Wärme und zur Änderung weiterer Vorschriften** vom 20.12.2022 (BGBl. I 2560) wurde Abs. 5 in der aktuellen Fassung erheblich erweitert, um Doppelfinanzierungen zu vermeiden und Mechanismen für die Erstattung von Überzahlungen begründen zu können (vgl. BT-Drs. 20/4683, 106).

Konzeptionell ist die Ursprungsregelung in den Gesetzesberatungen zum PflegeVG grundlegend umgestaltet worden. Ursprünglich war für die Finanzierung des Pflegebetriebs und der Investitionen ein einheitlicher Beitrag der Pflegekassen vorgesehen – monistische Finanzierung – (vgl. BT-Drs. 12/5262, 35, 83 f., 142 f. zu § 91). Hierzu sollten die Länder einen Deckungsbeitrag zu den Investitionskosten leisten (vgl. BT-Drs. 12/5262, 30, 129; BT-Drs. 12/5920, 65 und BT-Drs. 12/5952, 45 jeweils zu § 69). Nach deren Widerstand ist im ersten und zweiten Vermittlungsverfahren die seither im Kern unveränderte duale Finanzierung eingeführt worden (vgl. BT-Drs. 12/6424, 3 f.; BT-Drs. 12/7323, 5; s. hierzu BSG 6.9.2007 – B 3 P 3/07 R, BSGE 99, 57 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 4 Rn. 13 = BeckRS 2009, 63678, zu den zugrundeliegenden Konzepten vgl. auch Hauck/Noftz/Reimer Rn. 3 ff.).

1a

II. Normzweck und Regelungssystematik

§ 82 ist Rechtsgrundlage der Zahlungsansprüche der Pflegeeinrichtung für die von ihr erbrachten Leistungen gegenüber Pflegekassen, Pflegebedürftigen und ggf. anderen Kostenträgern. Insoweit bildet die Regelung mit den §§ 84 und 85 die **Grundnorm der Einrichtungsfinanzierung**. Regelungszweck hier ist die **Abgrenzung und Zuordnung der Ansprüche, die gegenüber Pflegekassen, Pflegebedürftigen und anderen Kostenträgern** im Rahmen der sog. dualen Finanzierung (vgl. → Vor §§ 82–92b Rn. 4) des Pflegebetriebs entstehen. Idealtypisch sollen danach für den Pflegebetrieb selbst die Pflegekassen, für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Versorgung die Pflegebedürftigen und für die Pflegeinfrastruktur die Länder (vgl. § 9 S. 1) aufkommen. Schon deshalb ist es notwendig, die pflegerischen, die durch Unterkunft und Verpflegung bedingten und die investiven Aufwendungen einer Einrichtung untereinander abzugrenzen, damit die Anteile den Zahlungspflichtigen klar zugeordnet werden können und **Doppelabrechnungen vermieden** werden. Zudem besteht weiterer Regelungsbedarf deshalb, weil die Betriebs- und Investitionskosten der Einrichtungen durch die gedeckelten Leistungen der Pflegekassen für den Pflegeaufwand (vgl. §§ 36 Abs. 3, 41 Abs. 2 und 43 Abs. 2) und durch die grundsätzlich nur anteilige Förderung der Investitionsaufwendungen der Länder regelmäßig nur anteilig abgedeckt werden und daher die Pflegebedürftigen bzw. – sind sie nicht ausreichend leistungsfähig – die Sozialhilfeträger über die für Unterkunft und Verpflegung vorgesehenen Kosten hinaus regelmäßig weitere Eigenanteile bzw. Kosten zu tragen haben (zu ihrer Eindämmung und deren Grenzen nunmehr → § 43c Rn. 2 f.).

2

Vor dem Hintergrund dieses Finanzierungsmodells bestimmt § 82, welche Ansprüche die Einrichtung durch die von ihr erbrachten Leistungen gegenüber Pflegekassen und Pflegebedürftigen sowie ggf. anderen Kostenträgern erlangt und wie die dabei entstehenden Kosten diesen Ansprüchen zuzuordnen und von den von den Ländern im Rahmen der Investitionsförderung übernommenen Anteilen abzugrenzen sind. Anders als die Bezeichnung „Duale Finanzierung“ nahelegt, stützt sich die Finanzierung der Einrichtungen danach **auf bis zu vier Zahlungsansprüchen**: Erstens auf die **Pflegevergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen**, aufzubringen von

3

Pflegekassen und Pflegebedürftigen bzw. anderen Leistungsverpflichteten (Abs. 1 S. 1 Nr. 1, dazu → Rn. 4 ff.), zweitens auf das **Entgelt für Unterkunft und Verpflegung** bei stationärer oder teilstationärer Versorgung, zu tragen von den Pflegebedürftigen bzw. anderen Leistungsverpflichteten (Abs. 1 S. 1 Nr. 2 dazu → Rn. 9 ff.), drittens auf die **Investitionsförderung des Landes** nach Maßgabe von § 9 S. 1 bzw. Landesrecht (hierzu vgl. → § 9 Rn. 4 ff.) sowie viertens den **Ausgleich für ungedeckte Investitionskosten**, zu tragen von den Pflegebedürftigen bzw. anderen Leistungsverpflichteten (Abs. 3 S. 1 oder Abs. 4 S. 1, dazu → Rn. 14 ff.). Diese Verschachtelung unterschiedlicher Kostenanteile und Kostenträger und das Ineinandergreifen der Regelungskompetenzen von Bund und Ländern bedingen die komplizierte Ausgestaltung der Norm. Ihrem Aufbau nach begründet sie für drei der vier Finanzierungsbestandteile die Anspruchsgrundlage, nämlich für die allgemeine Pflegeleistungen in Abs. 1 S. 1 Nr. 1, für das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung in Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und für den Ausgleich für den ungedeckten Investitionsaufwand in Abs. 3 und Abs. 4, und sie trifft in Abs. 2 Regelungen zur Abgrenzung der betrieblichen von den investitionsbezogenen Aufwendungen (dazu → Rn. 21).

III. Pflegevergütung (Abs. 1 S. 1 Nr. 1)

- 4 **Erster Finanzierungsteil** (→ Rn. 3) der von einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (vgl. § 72) erbrachten Leistungen ist der Anspruch auf die Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen nach Abs. 1 S. 1 Nr. 1, die nach der – allerdings nicht durchgängig durchgehaltenen – Terminologie des SGB XI als Pflegevergütung bezeichnet wird. Sie soll – wie sich im Umkehrschluss aus Abs. 2 ergibt – den betrieblichen Aufwand der allgemeinen Pflegeleistungen einschließlich angemessener Zuschläge zur Abgeltung des Unternehmerrisikos und der Eigenkapitalverzinsung abdecken (so für das Letztgenannte BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (203) = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 S. 6 = BeckRS 2001, 40654).

1. Systematik

- 5 Im Gefüge der Vergütungsbestimmungen des SGB XI wird der Anspruch auf die Pflegevergütung durch § 82 dem Grunde nach begründet. Höhe und Ausgestaltung im Weiteren bestimmen sich hingegen nach den §§ 82c, 84 ff. Nach diesen Vorschriften sind die allgemeinen Pflegeleistungen (zum Begriff sogleich → Rn. 6) mit einem nach dem Maßstab der Leistungsgerechtigkeit (§§ 82 Abs. 1 Nr. 1, 84 Abs. 2 S. 1) **einrichtungsindividuell auszuhandelnden** (§ 85 Abs. 2 S. 2 Hs. 2) **Pflegesatz** abzugelten, der sämtliche Leistungen für einen Versicherten pauschal abdeckt (§ 84 Abs. 4 S. 1, vgl. BSG 1.9.2005 – B 3 P 4/04 R, BSGE 95, 102 (112) = SozR 4–3300 § 43 Nr. 1 Rn. 36 = BeckRS 2006, 40149). Der materielle Gehalt der Pflegevergütung bestimmt sich danach im Wesentlichen nach den §§ 84 ff. und realisiert sich in den auf dieser Grundlage zu führenden Pflegesatzverhandlungen. Hingegen ergibt sich wiederum aus § 82,
1. welche Leistungen durch die Pflegevergütung zu vergüten sind (Abs. 1 S. 1 Nr. 1),
 2. welche Aufwendungen als Investitionsaufwand keinen Eingang in die Pflegesatzbemessung erhalten (Abs. 2) und
 3. wer Zahlungspflichtiger ist (dazu → Rn. 8).

2. Allgemeine Pflegeleistung

- 6 Die Pflegevergütung ist nach Abs. 1 S. 1 Nr. 1 **Gegenleistung für die allgemeinen Pflegeleistungen der Einrichtung**. Das sind nach der Legaldefinition des § 84 Abs. 4 S. 1 die „für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere

ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen“ und deshalb alle Pflegeleistungen ohne die nach § 88 S. 1 Nr. 2 ggf. zu erbringenden pflegerischen Zusatzleistungen. Maßstab für die Erforderlichkeit der hiernach zu erbringenden Pflegeleistungen sind die Leistungsansprüche der Versicherten nach Maßgabe der leistungsrechtlichen Vorschriften. Allgemeine Pflegeleistungen sind danach im ambulanten Bereich die in § 36 vorgesehenen Leistungen der häuslichen Pflege, also der Grundpflege bei den in § 14 Abs. 4 aufgeführten Verrichtungen sowie die Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung. Für den stationären Bereich bestimmt sich der Leistungsumfang nach §§ 43 Abs. 2, 82 Abs. 1 S. 3. Allgemeine Pflegeleistungen iSv §§ 82 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 84 Abs. 4 S. 1 sind danach sämtliche Pflegeleistungen, die eine Pflegeeinrichtung den von ihr versorgten Pflegebedürftigen nach der jeweils vorliegenden Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit (§ 4 Abs. 2 S. 2) **in Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten gegen ihre Pflegekasse** zu erbringen hat (ähnlich Hauck/Noftz/Reimer Rn. 11). Dazu rechnen bei stationärer Versorgung auch die Betreuung und die medizinische Behandlungspflege, soweit für diese nicht nach § 37 SGB V die Krankenkasse aufzukommen hat. Der Aufwand für beide Leistungen muss also im Pflegesatz berücksichtigt werden.

Die nähere Ausgestaltung des auf diese Weise nur abstrakt umrissenen Leistungsauftrags obliegt nach dem Konkretisierungskonzept des SGB XI der **vertraglichen Vereinbarung** vornehmlich zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern, nämlich in Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 und – bezogen auf die einzelne Einrichtung – als Teil der Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Abs. 4. Das trifft auf Kritik (so wohl etwa Hauck/Noftz/Reimer Rn. 11). Indes stößt die Konkretisierung von Leistungsinhalten in **pflegeversicherungsrechtlichen Dreiecksverhältnissen zwischen Pflegekassen, Versicherten und Leistungserbringern** notwendig auf systembedingte Schwierigkeiten, die bei jeder Ausgestaltung Folgeprobleme nach sich ziehen kann. Auch ist nicht zu verkennen, dass ein anerkanntes Interesse von Pflegekassen und Leistungsträgern an einer Standardisierung der Leistungsinhalte besteht. Insoweit ist im Ansatz gegen das Regelungskonzept nichts zu erinnern. Bei der Umsetzung ist aber zu beachten, dass der Maßstab der Leistungskonkretisierung allein dem Rechtsverhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekassen entnommen werden kann und es hierfür ausschließlich auf die Leistungsansprüche des Versicherten im Verhältnis zur Pflegekasse ankommt. Ob sie zutreffend umgesetzt sind, haben im Zweifel auf Leistungsklage von Versicherten oder auf Feststellungsklage der Pflegeeinrichtung die Gerichte zu entscheiden (vgl. auch → § 75 Rn. 14).

3. Zahlungspflicht (Abs. 1 S. 2)

Dem Wortlaut nach trifft die Zahlungspflicht für die Pflegevergütung nach Abs. 1 S. 2 die **Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger**. Diese Formel ist missverständlich und im Übrigen unvollständig. Zahlungspflichtiger für die Pflegevergütung ist grundsätzlich gerade nicht der Pflegebedürftige. Nach dem Sachleistungsgrundsatz (→ § 4 Abs. 1 S. 1) sind die Pflegeleistungen vielmehr von den Pflegekassen als Sachleistung, im Ansatz also: kostenfrei zu verschaffen, soweit sich die Versicherten die Leistungen nicht selbst beschaffen, § 37, oder ein Fall des § 91 vorliegt. Demnach ergibt sich aus Abs. 1 S. 2 nur, dass die Zahlungspflicht in Bezug auf die Pflegevergütung Pflegebedürftige und den Pflegekassen treffen kann. Das Maß der jeweiligen Kostenbeteiligung bestimmt sich dagegen nach anderen Regeln, nämlich dem Innenverhältnis zwischen Pflegekasse und Pflegebedürftigen. Entscheidend dafür ist der Umfang der Sachleistungspflicht der Pflegekasse. Danach ist die Pflegekasse zahlungspflichtig, soweit sie im Verhältnis zu den Versicherten zur Sachleistung verpflichtet ist (vgl. BSG 1.9.2005 – B 3 P 4/04 R, BSGE 95, 102 (107) = SozR

4–3300 § 43 Nr. 1 Rn. 23 = BeckRS 2006, 40149); für den stationären Bereich ist dies zwischenzeitlich durch eine entsprechende Zahlungspflicht der Pflegekasse nach § 87a Abs. 3 S. 1 ausdrücklich umgesetzt. Dagegen sind die Pflegebedürftigen nur zahlungspflichtig, soweit die Zahlung der Pflegekasse die Pflegevergütung nicht abdeckt und für den Rest deshalb sie selbst bzw. Dritte aufzukommen haben.

IV. Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (Abs. 1 S. 1 Nr. 2)

- 9 **Zweiter Finanzierungsteil** (→ Rn. 3) der Einrichtungen ist bei stationärer oder teilstationärer Versorgung der Anspruch auf ein Entgelt für Unterkunft und Verpflegung nach Abs. 1 S. 1 Nr. 2, der sich nach Abs. 1 S. 4 gegen die Pflegebedürftigen selbst richtet und dessen Höhe gem. § 87 in entsprechender Anwendung der für das Pflegesatzverfahren geltenden Vorschriften zwischen dem Träger der Einrichtung und den Kostenträgern zu vereinbaren ist.

1. Regulierung der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung

- 10 Die Einbeziehung der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in das Vergütungsregime der §§ 82, 84 ff. erfordert das Finanzierungsmodell des SGB XI im Ansatz für sich genommen nicht. Entscheidend hierfür ist zunächst nur, dass die Kosten von Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Versorgung nicht von der Solidargemeinschaft der Beitragszahler, sondern von den **Pflegebedürftigen selbst oder von anderen Kostenträgern bzw. Angehörigen** aufzubringen sind, so auch im Allgemeinen Teil die Regelung des § 4 Abs. 2 S. 2 Hs. 2. Hierdurch will der Gesetzgeber die Gleichbehandlung mit Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege sicherstellen (vgl. BT-Drs. 12/5262, 143 zu § 91 Abs. 1), die für die normale Lebensführung ebenfalls selbst aufzukommen haben (zur fehlenden Tragfähigkeit dieser Begründung bei der teilstationären Pflege vgl. LPK-SGB XI/Plantholz Rn. 7). Auch wird damit einem möglichen Anreiz entgegengewirkt, zur Entlastung der im eigenen Haushalt anfallenden Kosten von Unterkunft und Verpflegung die Leistungen der stationären Pflege in Anspruch zu nehmen. Jedoch beschränkt sich der Regelungsansatz der §§ 82 Abs. 1 S. 1 Nr. 2, 87 nicht darauf, die entsprechenden Kosten aus der Pflegevergütung auszugrenzen. Vielmehr werden sie durch die Begründung eines eigenständigen Anspruchs auf Rechtsgrundlage des SGB XI in den Vergütungsmechanismus der §§ 82c, 84 ff. einbezogen und damit so gestellt wie die wesentlich aus Beitragsmitteln finanzierten allgemeinen Pflegeleistungen selbst.
- 11 Dies bewirkt für die nicht von der Sozialhilfe getragenen Entgelte eine **öffentlich-rechtliche Preisregulierung unter Privaten**, nämlich auf der Vertragsebene zwischen Einrichtung und Heimbewohner. Zur Rechtfertigung verweisen die Materialien auf die entsprechende Gestaltung im Sozialhilferecht und auf den Schutz der Interessen auch der Heimbewohner, die die Kosten von Unterkunft und Verpflegung selbst tragen (BT-Drs. 12/5262, 147). Ob das mit dem Verweis auf das Sozialhilferecht voll trägt, sei dahingestellt; immerhin sind die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung im Regelfall gerade nicht aus Steuermitteln zu bestreiten. Auch reicht die Wirkung der Einbeziehung dieser Entgelte nach den materiellen Bemessungskriterien der §§ 84 ff. über eine bloße Missbrauchskontrolle deutlich hinaus (so zutreffend Schulin PV-HdB/Neumann § 22 Rn. 37). Unter Berücksichtigung der Spielräume des Gesetzgebers bei der Ausgestaltung von Vergütungsregelungen (vgl. nur BVerfG 15.7.1999 – 1 BvR 1904/95 ua, BVerfGE 101, 331 = BeckRS 1999, 30087299) bestehen gleichwohl gute Gründe für das Regelungskonzept. Leitend ist das Ziel, zu einer für **Heimbewohner und Heimträger gleichermaßen tragfähigen Vergütung der Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen** zu gelangen. Hieran besteht ein hohes öffentliches Interesse. Schon im Ansatz ist die

Versorgung mit einer ausreichenden Pflegeinfrastruktur von hoher Bedeutung nicht nur für die Pflegebedürftigen selbst, sondern für die Allgemeinheit überhaupt. Der Ausgleich zwischen dem Interesse der Einrichtungen und damit mittelbar dem öffentlichen Interesse an einer ausreichenden Versorgung mit Pflegeleistungen und andererseits dem Interesse der Heimbewohner an einer für sie tragbaren Vergütung ist deshalb auch im öffentlichen Interesse von hoher Bedeutung. Das gilt umso mehr deshalb, als die Versorgung mit diesen Leistungen zu einem wesentlichen Teil aus Mitteln der Versichertengemeinschaft einerseits und Steuermitteln andererseits (→ § 9) bestritten wird und den Einrichtungen daraus besondere Bindungen auch im Hinblick auf die Entgeltanteile erwachsen, die von den Heimbewohnern selbst aufzubringen sind. Schließlich spricht für die Einbeziehung auch der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in das Vergütungsverfahren der allgemeinen Pflegeleistungen auch, dass der Aufwand für den Betrieb der Pflegeeinrichtung zT für beide Leistungskomplexe zusammen anfällt – etwa bei Energie, Verwahrung, Gebäudereinigung und Ähnlichem – und deshalb schon zur Vermeidung von Doppelabrechnungen und Kostenverlagerungen eine enge Verzahnung der Vergütungsverfahren erforderlich ist (→ § 75 Abs. 2 Nr. 1). Solange der Gesetzgeber im Interesse einer sachgerechten Entwicklung der Pflegeinfrastruktur und kostengünstigen Versorgungsmöglichkeiten auf einrichtungsindividuell ausdifferenzierte Vergütungen anstelle von einheitlichen Vergütungssätzen setzt (vgl. dazu BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = NZS 2010, 35), ist danach insgesamt jedenfalls dem Grunde nach gegen die Einbeziehung der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in das Vergütungsregime des SGB XI nichts zu erinnern.

2. Unterkunft und Verpflegung

Das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung ist Gegenleistung für alle in dem **Leistungskomplex „Unterkunft und Verpflegung“** eingeschlossenen Leistungen. Das sind alle Leistungen, die für den stationären oder teilstationären Aufenthalt in der Einrichtung erforderlich und weder den allgemeinen Pflegeleistungen nach Abs. 1 S. 1 Nr. 1 noch den Zusatzleistungen nach § 88 S. 1 Nr. 1 zuzurechnen sind. Aus der Perspektive des SGB XI handelt es sich um **ergänzende Leistungen zur Pflegeleistung**, die von den Heimbewohnern selbst zu tragen sind (vgl. → Rn. 10) und deshalb nicht in Erfüllung des Sachleistungsanspruchs der Versicherten gegen die Pflegekassen erbracht werden. Anspruchsgrundlage ist vielmehr der dem Privatrecht zuzurechnende und nach Maßgabe des – nach der Änderung von Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG durch das GGÄndG 2006 vom 28.8.2006, BGBl. I 2034 – nunmehr landesrechtlichen Heimrechts zu gestaltende Heimvertrag zwischen Bewohner und Einrichtung. Maßstab des Leistungsumfangs ist deshalb anders als bei den allgemeinen Pflegeleistungen (vgl. → Rn. 6) nicht ein öffentlich-rechtlich ausgestalteter Leistungsanspruch des Versicherten. Ungeachtet dessen sind die Leistungsansprüche der Heimbewohner auch insoweit wesentlich öffentlich-rechtlich geprägt. Insoweit ergibt sich zunächst eine allgemeine materiell-rechtliche Direktive aus § 88, wonach Anspruch auf Vergütung besonderer Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung nur auf Grundlage gesonderter Vereinbarungen zwischen Heimträger und Bewohner nach Maßgabe der Anforderungen von § 88 Abs. 2 besteht. Hiernach erfasst der Tatbestand des Abs. 1 S. 1 Nr. 2 im Umkehrschluss jede der **Standardversorgung zuzurechnende Leistung, die bei stationärer oder teilstationärer Versorgung der Versicherten beim Aufenthalt in der Einrichtung notwendig zu erbringen oder vorzuhalten** ist und die Schwelle der Komfortversorgung iSv § 88 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 noch nicht erreicht. Die nähere Konkretisierung dessen ergibt sich wiederum wie bei den allgemeinen Pflegeleistungen aus den auf der Rahmenvertragskompetenz nach § 75 Abs. 2 Nr. 1 beruhenden Verträgen von Kostenträgern

und Leistungserbringern. Dazu haben die Spitzenverbände gemeinsame Empfehlungen abgegeben (→ § 75 Abs. 7), in denen der Mindeststandard der Unterkunft- und Verpflegungsleistungen abstrakt umrissen ist. Auf sie können die Einrichtungen in ihren AGB nach der Rspr. des BGH zulässig Bezug nehmen (vgl. BGH 8.11.2001 – III ZR 14/01, BGHZ 149, 146 = NJW 2002, 507 = BeckRS 2001, 9430).

3. Angemessenheit

- 13 Der Höhe nach besteht gem. Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Anspruch auf ein **angemessenes Entgelt** für Unterkunft und Verpflegung. Dagegen hat die Pflegevergütung nach Abs. 1 S. 1 Nr. 1 **leistungsgerecht** zu sein. Daraus wird zT geschlossen, dass insoweit unterschiedliche Bemessungskriterien gelten (so etwa Schulin VSSR 1994, 285 (298); tendenziell ebenso LPK-SGB XI/Brünner/Höfer § 87 Rn. 10; offen Hauck/Noftz/Reimer § 87 Rn. 10). Dagegen spricht indes die nähere Ausgestaltung des Verfahrens zur Entgeltbestimmung. Maßgebend hierfür ist § 87 S. 3 Hs. 1 mit dem Verweis auf die entsprechende Geltung der §§ 85 und 86. Die danach für das Verfahren der Entgeltbestimmung maßgebenden Kriterien lassen eine sinnvolle Differenzierung zwischen dem Maßstab der Leistungsgerechtigkeit und dem der Angemessenheit nicht zu. Gegen entsprechende Unterschiede spricht auch, dass im Verfahren der Entgeltbestimmung mit möglichem Schiedsverfahren (vgl. § 85 Abs. 5 S. 1) für den Interessenausgleich zwischen Heimträger und Heimbewohnern zu sorgen ist und hierbei ein erweiterter Beurteilungsspielraum der Einrichtung zugunsten der Heimbewohner bei der Festlegung des beanspruchten Entgelts schwerlich zu rechtfertigen wäre. Das **BSG wendet die Maßstäbe demgemäß unterschiedslos** an (vgl. bereits BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = NZS 2010, 35; zuletzt nochmals näher BSG 19.4.2023 – B 3 P 6/22 R Rn. 14 ff., BeckRS 2023, 9428; an der teils abweichenden Auffassung BSG 26.9.2019 – B 3 P 1/18 R, BSGE 129, 116 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 5 = BeckRS 2019, 36393 Rn. 44 ff. hat es nicht festgehalten).

V. Investitionsumlage (Abs. 3 und 4)

- 14 **Vierter Finanzierungsteil** (→ Rn. 3) ist der Anspruch der Einrichtung auf Umlage eines Teils der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen, die nicht öffentlich gefördert worden sind. Dieser Teil kann nach Maßgabe von Abs. 3 und 4 sowie des konkretisierenden Landesrechts (Abs. 3 S. 3 Hs. 2) im Wege der sog. gesonderten Berechnung anteilig von den Heimbewohnern erhoben und so auf sie umgelegt werden. Unterschiede ergeben sich daraus, ob die Einrichtung öffentliche Investitionsförderung erhalten (Abs. 3) oder nicht erhalten (Abs. 4) hat.

1. Regelungszweck

- 15 Abs. 3 und 4 sind Teil des erst im Vermittlungsverfahren eingeführten Konzepts der **dualen Finanzierung** (vgl. → Vor §§ 82–92b Rn. 4). Danach werden die Leistungen der Einrichtungen nicht einheitlich vergütet (monistische Finanzierung), sondern in verschiedene Vergütungsanteile aufgeteilt. Die Einrichtungen erhalten demnach auf bundesrechtlicher Grundlage Vergütungen und Entgelte für den betrieblichen Aufwand der allgemeinen Pflegeleistungen und von Unterkunft und Verpflegung, zu zahlen von Pflegekassen und Heimbewohnern (Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2). Weiter sollen sie für ihre Investitionen eine Förderung durch öffentliche Mittel von den Ländern erhalten, allerdings nicht auf Grundlage eines bundesrechtlichen Anspruchs, sondern nach Maßgabe des Landesrechts (→ § 9 S. 2 Hs. 2). Soweit eine solche öffentliche Förderung nur teilweise (Abs. 3) oder überhaupt nicht

(Abs. 4) gewährt wird, besteht auf bundesrechtlicher Grundlage und nach Maßgabe landesrechtlicher Konkretisierung (Abs. 3 S. 3 Hs. 2) schließlich Anspruch auf anteilige Heranziehung der Heimbewohner zu den nicht gedeckten Investitionskosten. Die Vorschrift dient mithin der **Schließung von Deckungslücken** (so treffend Hauck/Noftz/Reimer Rn. 24) im Investitionsbereich und erlaubt den Pflegeeinrichtungen die Refinanzierung der durch öffentliche Förderung nicht gedeckten Investitionskosten. Insoweit ist sie Ausgleich dafür, dass sich der Bund mit seinen ursprünglichen Vorstellungen zur Finanzierung von Pflegeeinrichtungen nicht hat durchsetzen können und die Förderung der Pflegeinfrastruktur Ländersache geblieben ist (zur Entstehungsgeschichte vgl. BSG 6.9.2007 – B 3 P 3/07 R, BSGE 99, 57 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 4 Rn. 13 = BeckRS 2009, 63678). Infolgedessen **tragen zunächst die Pflegebedürftigen das Investitionskostenrisiko** (ebenso Hauck/Noftz/Reimer Rn. 21). Weiter kann eine unterschiedliche Handhabung der Förderpraxis auf die Betriebschancen der Einrichtungen durchschlagen, weil nicht geförderte Einrichtungen im Wettbewerb kaum bestehen können (so zutreffend Schulin PV-HdB/Neumann § 22 Rn. 63); allerdings gelten insoweit Grenzen (vgl. BSG 28.6.2001 – B 3 P 9/00 R, BSGE 88, 215 (222 f.) = SozR 3–3300 § 9 Nr. 1 = BeckRS 2001, 41798; 26.1.2006 – B 3 P 6/04 R, BSGE 96, 28 = SozR 4–3300 § 9 Nr. 2 Rn. 42 = BeckRS 2006, 42013 Rn. 41). Schließlich kann eine unzureichende Förderung auch das Wettbewerbskonzept des SGB XI berühren, das sich von einem verstärkten Wettbewerb unter den Einrichtungen innovative Modelle und nicht zuletzt auch Anreize für eine marktorientierte Preisgestaltung erwartet hat (vgl. BT-Drs. 12/5262, 136 zu § 81 Abs. 3).

2. Umlagefähiger Aufwand

Durch gesonderte Berechnung umlagefähig ist nach Abs. 3 S. 1 ein Teil des durch Abs. 2 als Investitionsaufwand qualifizierten Aufwands, nämlich der Aufwand nach Abs. 2 Nr. 1 und 3. Die anderen gem. Abs. 2 **nicht als betrieblicher Aufwand in den Vergütungen und Entgelten** nach Abs. 1 berücksichtigungsfähigen Kosten (→ Rn. 21) sind dagegen auch durch gesonderte Berechnung nach Abs. 3 und 4 nicht umlagefähig. Das betrifft die Aufwendungen für den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken (Abs. 2 Nr. 2) sowie die Aufwendungen für den Anlauf, die betriebliche Umstellung oder die Schließung einer Pflegeeinrichtung (Abs. 2 Nr. 4 und 5). Dem Grunde nach umlagefähig über Ansprüche nach Abs. 3 und 4 ist danach grundsätzlich **jeder** – tatsächlich angefallene (BSG 28.1.2021 – B 8 SO 6/19 R, BSGE 131, 240 = SozR 4–3500 § 77 Nr. 4 = BeckRS 2021, 14857 Rn. 18) – **Aufwand für Gebäude und weitere Infrastruktur mit Ausnahme der grundstücksbezogenen Kosten**. Dieser wegen der Einführung erst im Vermittlungsverfahren in den Materialien nicht näher erläuterte Ausschlussatbestand (vgl. BT-Drs. 12/6424, 3 f. und BT-Drs. 12/7323, 5 – jeweils zu § 91) würde auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßen, soweit sie einem Träger die Refinanzierung ihm tatsächlich entstandener Aufwendungen verschließen würde (BSG 24.7.2003 – B 3 P 1/03 R, BSGE 91, 182 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 1 Rn. 18 = BeckRS 2003, 41869; 6.9.2007 – B 3 P 3/07 R, BSGE 99, 57 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 4 = BeckRS 2009, 63678 Rn. 16). Demgemäß hat das BSG entschieden, dass bei der Anmietung eines Gebäudes die angemessenen Mietkosten auch hinsichtlich der enthaltenen Grundstückskosten als betriebsnotwendige Aufwendungen geltend gemacht werden können (BSG 24.7.2003 – B 3 P 1/03 R, BSGE 91, 182 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 1 Rn. 14 ff. = BeckRS 2003, 41869). Ebenso muss eine angemessene Eigenkapitalverzinsung gewährleistet sein (BSG 23.3.2006 – B 3 P 2/05 R, BSGE 96, 126 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 2 Rn. 27 = BeckRS 2006, 42616).

Nicht zu beanstanden nach der Rspr. des BSG ist indes entgegen hieran geäußelter Kritik (vgl. etwa Schulin PV-HdB/Neumann § 22 Rn. 11) der **Ausschluss der**

Kosten für den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken aus den Umlagetatbeständen der Abs. 3 und 4 (BSG 8.9.2011 – B 3 P 2/11 R, BSGE 109, 96 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 7 Rn. 47 = BeckRS 2012, 66843). Mit Ausnahme der seit der Ergänzung des § 82 Abs. 1 Nr. 1 um die Position der Kapitalkosten durch das AssPfStatRG (→ Rn. 1) nach Vorstellung des Gesetzgebers ebenfalls nach § 82 Abs. 3 S. 1 umlagefähigen fiktiven Eigenkapitalzinsen (vgl. BT-Drs. 17/11396, 21; dazu nach alter Rechtslage BSG 8.9.2011 – B 3 P 2/11 R, BSGE 109, 96 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 7 Rn. 29 ff. = BeckRS 2012, 66843) dienen diese Tatbestände nicht dem **Vergütungsinteresse der Einrichtungen**. Die Kostenumlage nach § 82 Abs. 3 und 4 ist vielmehr ausschließlich konzipiert als Ausgleich dafür, dass die Länder – wie allerdings zunehmend – entgegen der in § 9 S. 1 vorausgesetzten Erwartung für die Kosten der Pflegeinfrastruktur nicht bzw. nicht vollständig aufkommen und diese deshalb von den Einrichtungen selbst zu tragen sind; diesen Aufwand sollen sie auf die Heimbewohner umlegen können. Das ist allerdings nur gerechtfertigt, soweit die getätigten Investitionen einen Wertverlust erleiden und den Trägern deshalb ein auch handelsrechtlich beachtlicher Aufwand entsteht. Das liegt bei Grundstückswerten anders. Sie unterliegen **keinem Wertverzehr** durch Benutzung und verbleiben dem Heimträger regelmäßig als ungeschmälter Wertgegenstand, der im Fall einer Betriebsaufgabe oder -verlagerung vollständig zur Verwertung zur Verfügung steht. Würde der Träger diesen Kapitalwert selbst durch Umlage refinanzieren wollen, ließe das auf eine Vermögensmehrung hinaus, deren Tragung weder den Heimbewohnern noch den Sozialhilfeträgern zuzumuten wäre (vgl. BSG 8.9.2011 – B 3 P 2/11 R, BSGE 109, 96 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 7 Rn. 29 ff. = BeckRS 2012, 66843). Darauf war sinngemäß auch schon in den Materialien zum ursprünglichen PflegeVG-Entwurf hingewiesen worden (vgl. BT-Drs. 12/5262, 136 zu § 81 Abs. 3). Bringt ein Träger eigene Grundstücke für den Einrichtungsbetrieb ein, kann er hierfür, allerdings wie für jeden anderen Eigenkapitaleinsatz auch, eine angemessene Eigenkapitalverzinsung beanspruchen (so zugrunde gelegt auch in BSG 8.9.2011 – B 3 P 2/11 R, BSGE 109, 96 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 7 Rn. 47 = BeckRS 2012, 66843; ebenso LPK-SGB XI/Planholz Rn. 14).

3. Betriebsnotwendigkeit

- 18 Umlagefähig nach Abs. 3 oder 4 sind Investitionsaufwendungen im dargelegten Sinne nur, soweit sie **betriebsnotwendig** sind. Das ist der Fall, wenn erstens die Investition der Sache nach und zweitens der Aufwand dafür der Höhe nach für den Betrieb erforderlich waren. Insoweit ist eine Investition ihrem Gegenstand nach betriebsnotwendig, soweit sie als Teil der räumlichen oder sächlichen Ausstattung für den **Betrieb der Einrichtung erforderlich** ist. Maßstab hierfür ist der **Versorgungsauftrag der Einrichtung**, wie er im Versorgungsvertrag (§ 72 Abs. 1 S. 2) und den Heimverträgen mit den Bewohnern festgelegt ist. Der insoweit einzuhaltende sächliche und apparative Mindeststandard ergibt sich aus der ungeachtet der Änderung von Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG durch das GGÄndG 2006 (BGBl. 2006 I 2034) gem. Art. 125a Abs. 1 GG bis zur Ablösung durch Landesrecht weiter fortgeltenden HeimMindBauV vom 27.1.1978, BGBl. I 189, zuletzt geändert durch VO vom 25.11.2003, BGBl. I 2346. Danach fehlt es an der Betriebsnotwendigkeit bei Investitionen, die entweder schlechthin keinen Bezug zum Versorgungsauftrag der Einrichtung aufweisen oder verglichen mit dem Standard der Einrichtung als besondere Komfortleistung anzusehen sind und deshalb nur über Zuschläge für Zusatzleistung nach § 88 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 abgerechnet werden können (so zutreffend VGH BW 22.6.2006 – 6 S 2993/04, VBIBW 2006, 470 = BeckRS 2006, 24991). Ansonsten kann eine Investition aber als betriebsnotwendig anzusehen sein, wenn sie zwar über dem durchschnittlichen Standard vergleichbarer Einrichtungen liegt,

aber die betreffende Einrichtung insoweit einen überdurchschnittlichen Ausstattungsstandard aufweist und dies Gegenstand des Heimvertrags zwischen Bewohner und Einrichtung geworden und die höhere Belastung für den Bewohner somit vorhersehbar gewesen ist (vgl. VGH BW 22.6.2006 – 6 S 2993/04, VBIBW 2006, 470 = BeckRS 2006, 24991).

4. Pauschalierung (Abs. 3 S. 3 Hs. 2 und S. 4)

Seit der Ergänzung des Abs. 3 durch das AssPfStatRG vom 20.12.2012 (→ Rn. 1) können die Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen nach Maßgabe landesrechtlicher Regelung auch pauschaliert umgelegt werden. Im Ausgangspunkt erlaubt Abs. 3 S. 1 nach Zweck und Wortlaut („soweit [...] Investitionsaufwendungen [...] nicht vollständig gedeckt sind“) die Umlage nur solcher nicht anderweitig finanzierter Investitionskosten, die entweder schon in der Vergangenheit tatsächlich angefallen sind oder im Umlagezeitraum sicher anfallen werden. Das BSG hat deshalb entschieden, dass der Umlagetatbestand des Abs. 3 S. 1 weder zur Heranziehung der Heimbewohner zur Bildung von Rückstellungen für mögliche Ersatzinvestitionen bei – im konkreten Fall nahezu zu 100 % – öffentlich geförderten Bauwerken noch zur Umlage nach Maßgabe eines Belegungsschlüssels rechtfertigt, der (deutlich) unter der tatsächlichen Belegungsquote des Pflegeheims liegt und deshalb zu einer überhöhten Kostenbelastung für den Einzelnen führt (BSG 8.9.2011 – B 3 P 2/11 R., BSGE 109, 96 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 7 Rn. 21 ff. = BeckRS 2012, 66843). Auf diese von Einrichtungsträgern vielfach kritisch aufgenommene Entscheidung hat der Gesetzgeber mit dem AssPfStatRG reagiert und den Ländern nunmehr die Befugnis eingeräumt, landesrechtlich auch die **Umlage pauschalierter Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen** zu erlauben und dazu auch Vorgaben zur hierbei anzusetzenden Belegungsquote zu machen (dazu Weber NZS 2013, 406 ff.). Das kann in zu begrüßender Weise den Bürokratieaufwand bei der Umsetzung des Umlagetatbestandes reduzieren (BT-Drs. 17/11396, 21). Andererseits löst dies die Umlage nicht von dem grundsätzlichen Zweck, den Einrichtungen einen **Ausgleich nur für den Aufwand zu gewähren, der entgegen § 9 S. 1 von den Ländern gar nicht oder nur zT übernommen worden ist**; das bestätigen auch die Materialien (vgl. BT-Drs. 17/11396, 21). Vor diesem Hintergrund ist zum einen die Beschränkung der Pauschalierungsbefugnis dem Gegenstand nach beachtlich, wonach sie gem. Abs. 3 S. 3 Hs. 2 nur für „Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen“ gilt und damit nicht für alle weiteren Investitionsaufwendungen iSv Abs. 3 S. 1. Zum anderen gibt Abs. 3 S. 4 den Ländern vor, dass die Pauschalen dem Betrag nach „in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe der Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen“ stehen müssen. Vor dem Hintergrund des Regelungszwecks und der Regelungssystematik kann mit „tatsächliche“ Höhe der Aufwendungen in diesem Sinne nur der tatsächliche Aufwand jeder einzelnen Einrichtung für Instandhaltung und Instandsetzung gemeint sein. Unzulässig wären danach Umlagen, die nur auf allgemeine Erfahrungswerte abstellen oder die die tatsächliche Mittelverwendung in der Vergangenheit unbeachtet ließen (ähnlich LPK-SGB XI/Planholz Rn. 18: Kein Investitionsstau trotz Zahlung für investive Maßnahmen).

5. Umlageverfahren

Hinsichtlich des Verfahrens unterscheiden Abs. 3 und 4 zwischen Einrichtungen, die **öffentliche Förderung erhalten haben und solchen, die keine Förderung erhalten haben**. Maßgebend dafür ist nur, ob die Einrichtung überhaupt aus Landesmitteln gefördert worden ist. Darüber hinaus kann landesrechtlich bestimmt werden, dass auch solche Investitionskosten Pflegebedürftigen gegenüber nicht gesondert

berechnet werden dürfen, die **durch Zuwendungen privatrechtlich organisierter Stiftungen und private Spenden gedeckt sind** (BSG 28.9.2017 – B 3 P 4/15 R, BSGE 124, 177 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 9 = BeckRS 2017, 141213). Andererseits können die Länder die Umlage nicht gedeckter Investitionsaufwendungen für betriebsnotwendige Einrichtungsgüter nicht dadurch verhindern, dass bestimmte Investitionen aus der Landesförderung ausgenommen werden. Auch haben die landesrechtlichen Entscheidungen über die Einrichtungsförderung keine Tatbestandswirkung für das Umlageverfahren nach § 82 Abs. 3 oder 4 (BSG 6.9.2007 – B 3 P 3/07 R, BSGE 99, 57 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 4 = BeckRS 2009, 63678). Ebenso können die Investitionskosten nicht **durch Landesrecht auf Höchstbeträge für geförderte Einrichtungen gedeckelt werden** (BSG 13.7.2017 – B 8 SO 11/15 R, SozR 4–3500 § 75 Nr. 10 = BeckRS 2017, 131818).

6. Rechtsweg

- 20 Für Rechtsstreitigkeiten über Rechte und Pflichten im Verhältnis zwischen Pflegeeinrichtungen und Heimbewohnern nach Abs. 3 und 4 ist der **Rechtsweg zu den Sozialgerichten** nach § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG gegeben (vgl. für Abs. 3: BSG 31.1.2000 – B 3 SF 1/99 R, SozR 3–1500 § 51 Nr. 25 = BeckRS 2000, 40284 und BVerwG 26.4.2002 – 3 C 41.01, Buchholz 310 § 40 VwGO Nr. 287 = BeckRS 2002, 21988; für Abs. 4: BSG 24.7.2003 – B 3 P 1/03 R, BSGE 91, 182 = SozR 4–3300 § 82 Nr. 1 Rn. 8 = BeckRS 2003, 41869 und BVerwG 30.6.2004 – 3 B 89.03, NZS 2005, 317). Das gilt auch, soweit sich die Einrichtung gegen Anordnungen der Heimaufsicht wendet, die sich auf die Befugnisse im Verhältnis zwischen Heimträger und Heimbewohnern nach diesen Vorschriften stützen. Jeweils untersteht das Rechtsverhältnis, aus dem der Klageanspruch abgeleitet wird, dem SGB XI (vgl. zu diesem Maßstab BSG 1.8.2002 – B 3 SF 1/02 R, SozR 3–1500 § 51 Nr. 27 = BeckRS 2002, 41309). Anders liegt es hingegen bei Rechtsstreitigkeiten über die Gewährung von öffentlichen Fördermitteln iSv § 9 zwischen Einrichtung und Land. Auch hierauf kann zwar das Leistungserbringungsrecht nach dem SGB XI einwirken. Mögliche Anspruchsgrundlage ist aber nicht das SGB XI, sondern das allgemeine öffentlich-rechtliche Förderrecht der Länder, was für die Zuständigkeit der allgemeinen Verwaltungsgerichtsbarkeit spricht (so BVerwG 23.12.1998 – 3 P 22.98, Buchholz 310 § 40 VwGO Nr. 283; offengelassen von BSG 26.1.2006 – B 3 P 6/04 R, BSGE 96, 28 = SozR 4–3300 § 9 Nr. 2 = BeckRS 2006, 42013 Rn. 26).

VI. Abgrenzung betriebs- und investitionsbezogener Aufwendungen (Abs. 2)

- 21 Abs. 2 enthält den Katalog der dem Investitionsbereich zugerechneten Aufwendungen, die weder bei der Festsetzung der Pflegevergütung (durch Pflegesatz- bzw. Pflegevergütungsvereinbarungen) noch bei der Festsetzung des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung berücksichtigt werden dürfen. Die Vorschrift ist Teil der Regelungen zur Umsetzung des Konzepts der dualen Finanzierung (→ Vor §§ 82–92b Rn. 1, 15). In ihr drückt sich zum einen aus, für welche Aufwendungen nach den ursprünglichen Vorstellungen Förderleistungen der Länder iSv § 9 zu gewähren sein könnten. Zum anderen ist sie Schaltstelle insoweit, als sich nach diesem Katalog entscheidet, ob ein betrieblicher Aufwand über die Vergütungen und Entgelte nach Abs. 1 oder über die Investitionsumlage nach Abs. 3 und 4 oder – so im Fall der Nr. 2 – überhaupt nicht geltend gemacht werden kann. Zur Abgrenzung der in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nicht zu berücksichtigenden Investitionsaufwendungen von den vergütungsfähigen Aufwen-

dungen für Verbrauchsgüter sollte die Bundesregierung aufgrund der Ermächtigung in § 83 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 die Pflege-AbgrenzungsVO (Entwurf, BR-Drs. 289/95) erlassen; vgl. die AbgrenzungsVO nach dem KHG (vom 12.12.1985, BGBl. I 2255). Dazu ist es bislang allerdings nicht gekommen.

VII. Zuschüsse zu laufenden Aufwendungen (Abs. 5)

Die Vorschrift war in ihrer ursprünglichen Fassung bereits in Abs. 2 S. 2 des FraktE 22 enthalten, konnte nach dem grundsätzlichen Finanzierungskonzept (→ Rn. 3) indes nur in Ausnahmefällen relevant werden, weil für Zahlungen aus öffentlichen Mitteln außerhalb der öffentliche Förderung gemäß § 9 kaum Raum war. Das hat sich mit der Corona-Pandemie und der Energie(preis)krise in der Folge auf den völkerrechtswidrigen Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine grundlegend gewandelt. Durch das **Gesetz zur Einführung von Preisbremsen für leitungsgebundenes Erdgas und Wärme und zur Änderung weiterer Vorschriften** vom 20.12.2022 (BGBl. I 2560) wurde die Regelung deshalb erheblich erweitert, um Doppelfinanzierungen zu vermeiden und Mechanismen für die Erstattung von Überzahlungen begründen zu können (vgl. BT-Drs. 20/4683, 106).

Demgemäß sind nunmehr über **öffentliche Zuschüsse** hinaus auch weitere aus 23 **öffentlichen Mitteln finanzierte Unterstützungsmaßnahmen zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung** wie etwa **indirekte staatliche Unterstützungen durch Preisdeckelungen oder Rabattierungen** (vgl. BT-Drs. 20/4683, 106) von der Pflegevergütung und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung abzuziehen, um Doppelfinanzierungen auszuschließen. Das ist auf zweierlei Ebene sicherzustellen, nämlich

1. bei der prospektiven Bemessung und Vereinbarung **künftiger Vergütungen und Entgelte**, also im Ergebnis vor allem der Eigenanteile der Heimbewohner (Abs. 5 S. 2) und
2. durch die Anpassung **bereits vereinbarte Pflegevergütungen und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung**, wozu entsprechende Vereinbarungen abzuschließen sind (Abs. 5 S. 3).

Bereits entrichtete und durch Zuschüsse iSv Abs. 5 S. 1 gedeckte Beträge sind **zurückzuzahlen** (Abs. 5 S. 4 iVm § 115 Abs. 3 S. 5). Damit entsprechende Mechanismen angestoßen werden können, haben die Pflegeeinrichtungen eine Pflegekasse als Partei der Pflegevergütungsvereinbarung über entsprechende Zuschüsse in Kenntnis zu setzen (Abs. 5 S. 5).

§ 82a Ausbildungsvergütung

(1) Die Ausbildungsvergütung im Sinne dieser Vorschrift umfasst die Vergütung, die aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen, entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen oder aufgrund vertraglicher Vereinbarungen an Personen, die [bis 31.12.2024: nach Bundesrecht in der Altenpflege oder] nach Landesrecht in der Altenpflegehilfe ausgebildet werden, während der Dauer ihrer praktischen oder theoretischen Ausbildung zu zahlen ist [bis 31.12.2024: , sowie die nach § 17 Abs. 1a des Altenpflegegesetzes zu erstattenden Weiterbildungskosten].

(2) ¹Soweit eine nach diesem Gesetz zugelassene Pflegeeinrichtung [bis 31.12.2024: nach Bundesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder] nach Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe berechtigt oder verpflichtet ist, ist die Ausbildungsvergütung der Personen, die aufgrund eines entsprechenden Ausbildungsvertrages mit der Einrichtung oder ihrem Träger zum Zwecke der Ausbildung in der Einrichtung tätig sind, während

der Dauer des Ausbildungsverhältnisses in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 1, § 89) berücksichtigungsfähig. ²Betreut die Einrichtung auch Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind, so ist in der Pflegevergütung nach Satz 1 nur der Anteil an der Gesamtsumme der Ausbildungsvergütungen berücksichtigungsfähig, der bei einer gleichmäßigen Verteilung der Gesamtsumme auf alle betreuten Personen auf die Pflegebedürftigen im Sinne dieses Buches entfällt. ³Soweit die Ausbildungsvergütung im Pflegesatz eines zugelassenen Pflegeheimes zu berücksichtigen ist, ist der Anteil, der auf die Pflegebedürftigen im Sinne dieses Buches entfällt, gleichmäßig auf alle pflegebedürftigen Heimbewohner zu verteilen. ⁴Satz 1 gilt nicht, soweit

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

⁵Die Ausbildungsvergütung ist in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert auszuweisen; die §§ 84 bis 86 und 89 gelten entsprechend.

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

1. Die Kosten der Ausbildungsvergütung werden nach einheitlichen Grundsätzen gleichmäßig auf alle zugelassenen ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen und die Altenheime im Land verteilt. 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. *[ab 1.1.2025: ; bei der Prüfung der Angemessenheit des Angebots an Ausbildungsplätzen ist zu berücksichtigen, dass eine abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b des Pflegeberufgesetzes den Zugang zur Ausbildung nach dem Pflegeberufgesetz ermöglicht und nach § 12 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes auch zu einer Anrechnung und Verkürzung der Ausbildung führen kann.]*
3. Aufwendungen für die Vorhaltung, Instandsetzung oder Instandhaltung von Ausbildungsstätten (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4), für deren laufende Betriebskosten (Personal- und Sachkosten) sowie für die Verwaltungskosten der nach Landesrecht für das Umlageverfahren zuständigen Stelle bleiben unberücksichtigt.

(4) ¹Die Höhe der Umlage nach Absatz 3 sowie ihre Berechnungsfaktoren sind von der dafür nach Landesrecht zuständigen Stelle den Landesverbänden der Pflegekassen rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mitzuteilen. ²Es genügt die Mitteilung an einen Landesverband; dieser leitet die Mitteilung unverzüglich an die übrigen Landesverbände und an die zuständigen Träger der Sozialhilfe weiter. ³Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den nach Satz 1 Beteiligten über die ordnungsgemäße Bemessung und die Höhe des von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu zahlenden Anteils an der Umlage entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 unter Aus-

schluß des Rechtsweges. ⁴Die Entscheidung ist für alle Beteiligten nach Satz 1 sowie für die Parteien der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel verbindlich; § 85 Abs. 5 Satz 1 und 2, erster Halbsatz, sowie Abs. 6 gilt entsprechend.

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde mWv 1.1.1998 durch das **2. SGB XI-ÄndG** vom 29.5.1998 ¹ (BGBl. I 1188) eingefügt (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 13/8941, 5). Durch Art. 3b des **Gesetzes vom 8.6.2005** (BGBl. I 1530) wurden mWv 1.1.2006 in Abs. 1 das Wort „Die“ vorangestellt und die Wörter „Vorschrift ist“ durch die Wörter „Vorschrift umfasst“ ersetzt sowie an das Satzende der Hs. angefügt „sowie die nach § 17 Abs. 1a des Altenpflegegesetzes zu erstattenden Weiterbildungskosten.“ Die Änderungen gehen auf ein Vermittlungsverfahren zurück und sind im Nachhinein im Sozialbericht der Bundesregierung für das Jahr 2005 erläutert worden (vgl. BT-Drs. 15/5955, 72). Durch das **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) sind mW zum 1.7.2008 in Abs. 1 die Wörter „Bundes- oder Landesrecht in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe“ durch die Wörter „Bundesrecht in der Altenpflege oder nach Landesrecht in der Altenpflegehilfe“ und in Abs. 2 S. 1 die Wörter „Bundes oder Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe“ durch die Wörter „Bundesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder nach Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe“ ersetzt worden (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 16/7439, 70).

II. Regelungsgehalt

Die Vorschrift dient dazu, die Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen für ² Pflegekräfte über die Vergütungssätze für allgemeine Pflegeleistungen zu ermöglichen bzw. zu verbessern. Bei Pflegeeinrichtungen, die nach Bundes- oder Landesrecht Altenpflegeausbildung betreiben dürfen, ist die an Auszubildende zu zahlende Ausbildungsvergütung in der Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen (in stationären Einrichtungen: Pflegesatz, § 84 Abs. 1) zu berücksichtigen (Abs. 2 S. 1). Die Vorschrift gilt sowohl für stationäre wie auch für ambulante Pflegeeinrichtungen. Betreut eine Einrichtung auch Personen, die iSd SGB XI nicht pflegebedürftig sind, so ist hierdurch entstehende Aufwand abzusetzen; der verbleibende Betrag ist gleichmäßig auf die von der Einrichtung betreuten Pflegebedürftigen zu verteilen (Abs. 2 S. 2 und 3). Die Abs. 3 und 4 regeln den Sonderfall, dass die Ausbildungsvergütung ganz oder teilweise durch ein landesrechtliches Umlageverfahren finanziert wird (eingehend hierzu BeckOGK/Weber Rn. 10 ff.).

§ 82b Ehrenamtliche Unterstützung

(1) ¹Soweit und solange einer nach diesem Gesetz zugelassenen Pflegeeinrichtung, insbesondere

1. für die vorbereitende und begleitende Schulung,
 2. für die Planung und Organisation des Einsatzes oder
 3. für den Ersatz des angemessenen Aufwands
- der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen, für von der Pflegeversicherung versorgte Leistungsempfänger nicht anderweitig gedeckte Aufwendungen entstehen, sind diese bei stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1) und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen (§ 89) berücksichtigungsfähig.

hig. ²Die Aufwendungen können in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert ausgewiesen werden.

(2) ¹Stationäre Pflegeeinrichtungen können für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen. ²Absatz 1 gilt entsprechend.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Berücksichtigungsfähiger Aufwand	3
1. Kosten für ehrenamtliche Unterstützung	4
2. Angemessenheit	5
3. Pflegeleistung	6

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist durch das **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mW zum 1.7.2008 eingeführt worden. Sie folgt dem Gesetzentwurf der Bundesregierung (vgl. BT-Drs. 16/7439, 70 f.). Durch das **PNG** vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) ist die bisherige Regelung zu Abs. 1 geworden und Abs. 2 in der nunmehr geltenden Fassung eingefügt worden (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 17/9369, 45 f.).

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift dient der Klarstellung, dass Aufwendungen zur Beteiligung ehrenamtlicher Kräfte sowohl in der ambulanten wie der stationären Pflege in den Vergütungen nach § 89 und den Pflegesätzen nach § 84 berücksichtigungsfähig sind, soweit der Aufwand nicht von dritter Seite getragen wird (vgl. BT-Drs. 16/7439, 70). Damit ist die Regelung Teil des Bestrebens, neben der – bei sich ändernden familiären Strukturen zunehmend eingeschränkten – familiären Hilfe und der professionellen Angebote zusätzlich das bürgerschaftliche Engagement in die Pflegeversorgung einzubeziehen und hierdurch die soziale Pflegeversicherung zu entlasten (vgl. BT-Drs. 16/7439, 42). Dazu besteht nach § 45d die Möglichkeit, Mittel des Ausgleichsfonds nach § 45c auch zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe zu verwenden und hierdurch entsprechende Strukturen auf- und auszubauen. Soweit es dabei zu einer Verschränkung professioneller Versorgungsangebote durch zugelassene Einrichtungen iSv § 71 und ergänzender ehrenamtlicher Unterstützung kommt, kann die Einrichtung den dabei bei ihr anfallenden Aufwand nach § 82b in ihre Vergütungen einbeziehen und sie hierdurch der Sache nach – im Hinblick auf die Deckelung der Leistungsbeträge nach §§ 36 ff. – auf die versorgten Versicherten selbst umlegen. Dazu hätte es der Regelung nicht notwendig bedurft. Gleichwohl erscheint die vom Gesetzgeber angestrebte Klarstellung als sinnvoll, weil sie zum einen insoweit mögliche Zweifel ausschließt und zum anderen deutlich macht, dass auch schon der Aufwand für vorbereitende Maßnahmen einzubeziehen sind.

III. Berücksichtigungsfähiger Aufwand

- 3 Aufwendungen für die ehrenamtliche Unterstützung der Pflegeleistungen einer nach dem SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtung sind nach S. 1 in den Pflegesätzen

nach § 84 Abs. 1 und den Vergütungen nach § 89 berücksichtigungsfähig, soweit die Einrichtung Aufwendungen erbringt für Mitglieder von Selbsthilfegruppen oder von ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen insbesondere 1. zur vorbereitenden und begleitenden Schulung, 2. zur Planung und Organisation des Einsatzes oder 3. zum Ersatz des angemessenen Aufwands und dieser Aufwand von anderen Träger nicht übernommen wird. Voraussetzung der Berücksichtigung des Aufwands für ehrenamtlicher Unterstützung im Rahmen der Pflegevergütung ist danach, dass erstens für eine ehrenamtliche Tätigkeit iSv S. 1 Kosten anfallen, dass diese zweitens angemessen sind und dass drittens die Tätigkeit einer mit den Vergütungen abgeltungsfähigen Pflegeleistung zuzuordnen ist:

1. Kosten für ehrenamtliche Unterstützung

Grundvoraussetzung für die Berücksichtigungsfähigkeit von Kosten nach § 82b 4 ist, dass sie für eine iSd Vorschrift ehrenamtliche Unterstützung anfallen. Den Kreis der hierdurch Begünstigten zieht die Regelung unter Verweis auf Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sehr weit. Erkennbar soll damit eine Öffnung für möglichst unterschiedliche Formen des nicht professionellen Engagements und unterschiedlicher Beweggründe ermöglicht werden. Relativ konturiert sind dabei die Begriffe der Selbsthilfe (zum entsprechenden Terminus in § 20h SGB V vgl. jurisPK-SGB V/Schütze § 20h Rn. 12 f.) und des Ehrenamts. Sehr viel offener ist dagegen der Begriff des bürgerschaftlichen Engagements (ebenso LPK-SGB XI/Klie § 45d Rn. 5). Mögliche Begriffsverständnisse hat die Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ aufgezeigt (vgl. BT-Drs. 14/8900). Zu weitgehend erscheint es indes, darunter auch die Förderung von Arbeitsgelegenheiten durch die Grundsicherung für Arbeitsuchende zu subsumieren. Arbeitsgelegenheiten nach dem SGB II sind ihrem Charakter nach Förderungsleistungen, die die Erwerbsfähigkeit des Hilfebedürftigen erhalten, verbessern oder wiederherstellen sollen. Es handelt sich um Eingliederungsleistungen, deren Ausgestaltung sich an diesem Ziel auszurichten hat (vgl. BSG 16.12.2008 – B 4 AS 60/07 R, BSGE 102, 201 = SozR 4–4200 § 16 Nr. 4 Rn. 21 ff. = BeckRS 2009, 53988). Diese Zielsetzung scheint mit dem noch möglichen Verständnis von bürgerschaftlichem Engagement nicht vereinbar. Weiter ist die Vorschrift hingegen in Bezug auf den Zweck der von der Einrichtung aufzubringenden Kosten. S. 1 Hs. 1 benennt insoweit als nicht abschließenden Katalog Aufwendungen für vorbereitende und begleitende Schulungen, die Planung und Organisation des Einsatzes oder einen angemessenen Aufwandsersatz. Das zeigt, dass grundsätzlich alle Aufwendungen berücksichtigungsfähig sind, die eine iSd Vorschrift ehrenamtliche Tätigkeit in der Einrichtung ermöglichen sollen.

2. Angemessenheit

Auch wenn die Angemessenheit der Aufwendungen nur in Zusammenhang mit dem Aufwandsersatz in Abs. 1 S. 1 Hs. 1 Nr. 3 ausdrücklich als Voraussetzung ihrer Berücksichtigung aufgeführt wird, bildet die Angemessenheit der Kosten nach dem abgegoltenen Aufwand und der Höhe auch im Übrigen eine allgemeine Grenze der Berücksichtigungsfähigkeit. Das ist abzuleiten aus § 84 Abs. 2 S. 4 Hs. 1, wonach die Pflegesätze Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung entsprechen müssen. Darin ist als allgemeiner Maßstab enthalten, dass die von der Einrichtung getätigten Aufwendungen in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem Gegenwert stehen müssen.

3. Pflegeleistung

- 6 Drittens schließlich können Aufwendungen für die ehrenamtliche Unterstützung der von der Einrichtung erbrachten Pflegeleistungen nur dann in die Vergütungen nach §§ 84 Abs. 1 und 89 eingehen, wenn sie den Pflegeleistungen zugerechnet werden können, die mit den Vergütungen nach diesen Vorschriften abgegolten werden können (vgl. dazu → § 82 Rn. 7 ff.). Zwar dient die ehrenamtliche Tätigkeit der Ergänzung der professionellen Pflege. Dennoch kann die Pflegekasse nicht für Leistungen in Anspruch genommen werden, die ihrem Leistungsauftrag nicht zuzurechnen sind. Systematisch ziehen deshalb die allgemeinen Vorgaben zu den in den Pflegesätzen nach § 84 Abs. 1 und den Vergütungen nach § 89 berücksichtigungsfähigen Leistungen die Grenze auch für die Vergütungsfähigkeit ehrenamtlicher Tätigkeiten zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung.

§ 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

(1) Ab dem 1. September 2022 kann bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

(2) ¹Bei Pflegeeinrichtungen, die nicht unter Absatz 1 fallen, kann ab dem 1. September 2022 die Zahlung von Entlohnungsbestandteilen nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit diese insgesamt das regional übliche Entlohnungsniveau in der Region, in der die jeweilige Einrichtung betrieben wird, um nicht mehr als 10 Prozent übersteigt. ²Die Landesverbände der Pflegekassen ermitteln auf Grundlage der nach § 72 Absatz 3e Satz 1 mitgeteilten Angaben

1. das regional übliche Entlohnungsniveau,
2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus für die drei in Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen sowie
3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge.

³Das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Satz 2 Nummer 1 ist der Durchschnitt der Entlohnungsbestandteile nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5, die die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, in der jeweiligen Region nach den jeweils angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten. ⁴Die regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Satz 2 Nummer 2 sind der jeweilige Durchschnitt der Entlohnungsbestandteile nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5, die die in Satz 3 genannten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, getrennt nach den folgenden drei Qualifikationsgruppen nach den in der jeweiligen Region angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten:

1. Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung,
2. Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens einjähriger Berufsausbildung,
3. Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung.

⁵Die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Satz 2 Nummer 3 sind jeweils der Durchschnitt der drei in § 72 Absatz 3b Satz 4 genannten pflegetypischen Zuschläge, die die Arbeitneh-

merinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung erbringen, in der jeweiligen Region nach den jeweils angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten.

(2a) ¹Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, Nummer 2 oder Nummer 3 entlohnen, kann eine Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bis zur Höhe des Tarifvertrags nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. ²Ist für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, ein anderer Tarifvertrag oder eine andere kirchliche Arbeitsrechtsregelung als nach Satz 1 zeitlich, räumlich, fachlich oder persönlich anwendbar, so können ihre Gehälter bis zur Höhe der in diesem Tarifvertrag oder dieser kirchlichen Arbeitsrechtsregelung vereinbarten Gehälter nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. ³Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 entlohnen, gelten hinsichtlich der Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, die allgemeinen Bemessungsgrundsätze nach den §§ 84 und 89.

(2b) ¹Für Entgelte für Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringt, insbesondere für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden, gelten die Regelungen nach den Absätzen 1 und 2 für Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen mit direktem Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringen, entsprechend. ²Die Zahlung von Vermittlungsentgelten kann nicht als wirtschaftlich anerkannt werden.

(3) ¹Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 1 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. ²Soweit im Fall von Absatz 2 Satz 1 das regional übliche Entlohnungsniveau um mehr als 10 Prozent überstiegen wird, bedarf es eines sachlichen Grundes. ³Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 2a hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 2 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Entsprechendes gilt für die Zahlung von Entgelten für Personal im Sinne von Absatz 2b Satz 1. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu sachlichen Gründen nach Satz 4 ab. ⁵§ 113c Absatz 4 Satz 2 bis 8 gelten entsprechend.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum Ablauf des 30. September 2021 in Richtlinien das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 und 5 fest. ²Er hat dabei die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. ³Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. ⁴§ 72 Absatz 3c Satz 6 und 7 gilt entsprechend.

(5) ¹Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene jährlich unverzüglich, jedoch spätestens bis zum 30. November des Jahres, für das jeweilige Land

1. eine Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die eine Entlohnung vorsehen, die nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann,
2. alle weiteren Informationen, die erforderlich sind, um überprüfen zu können,
 - a) ob eine Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b erfüllt und
 - b) ob bei einer Pflegeeinrichtung die Entlohnung nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

²Die Liste und die Informationen sind einmal monatlich zu aktualisieren.

³Zu jedem in der Liste genannten Tarifvertrag und zu jeder der in der Liste genannten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sind, soweit diese Angaben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen vorliegen, mindestens folgende Angaben zu veröffentlichen:

1. Laufzeit des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder Datum, zu dem frühestens eine Kündigung erfolgen kann,
2. Angabe, ob eine Kündigung oder anderweitige Beendigung des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erfolgt ist,
3. Angabe, zu welchem Zeitpunkt die Kündigung oder anderweitige Beendigung wirksam wird,
4. Angabe, ob eine Änderung der Entlohnung nach § 72 Absatz 3b Satz 2 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, erfolgt ist und wenn ja, zu welchem Datum diese wirksam wird.

⁴Zu den erforderlichen Informationen nach Satz 1 Nummer 2 gehören insbesondere auch

1. das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,
2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie
3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3.

⁵Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die nach § 72 Absatz 3e Satz 2 und 3 übermittelten Fassungen der Tarifverträge und der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht zwingende betriebliche Gründe dagegensprechen.

(6) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet bis zum 31. Dezember 2022 eine Geschäftsstelle ein. ²Jeder Landesverband der Pflegekassen kann die Geschäftsstelle beauftragen, ihn bei der Erfüllung der

folgenden Aufgaben zu unterstützen oder die folgenden Aufgaben in seinem Auftrag für ihn durchzuführen:

1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung der nach § 72 Absatz 3e mitgeteilten Angaben oder Änderungen sowie der übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen,
 2. Zurverfügungstellung der übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach Absatz 5 Satz 5,
 3. Ermittlung
 - a) des regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,
 - b) der regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie
 - c) der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3,
 4. Zusammenstellung der nach Absatz 5 zu veröffentlichenden Listen und Informationen sowie Veröffentlichung dieser Listen und Informationen.
- ³Darüber hinaus soll die Geschäftsstelle die Landesverbände der Pflegekassen zu den in Satz 2 genannten Aufgaben fachlich beraten. ⁴Soweit ein Landesverband der Pflegekassen die Geschäftsstelle mit der Unterstützung bei den oder der Durchführung von den in Satz 2 genannten Aufgaben beauftragt, stellt er der Geschäftsstelle die hierfür erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Verfügung, soweit die Erhebung dieser Informationen und Unterlagen nicht bereits Teil der Beauftragung der Geschäftsstelle ist. ⁵Die Pflegekassen sowie die Landesverbände der Pflegekassen berichten auf begründete Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Wirkungen der Regelungen der Absätze 1 bis 3 sowie des § 72 Absatz 3a bis 3e. ⁶Soweit ein Landesverband der Pflegekassen die Geschäftsstelle im Sinne von Satz 2 beauftragt hat, obliegt die Berichterstattung der Geschäftsstelle. ⁷Für die Berichterstattung nach den Sätzen 5 und 6 haben die Landesverbände der Pflegekassen oder die Geschäftsstelle auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit die von den Pflegekassen und Landesverbänden der Pflegekassen erhobenen oder erhaltenen nicht personenbezogenen Daten aufzubereiten und auszuwerten. ⁸Für die Evaluation nach § 72 Absatz 3f gelten die Sätze 5 bis 7 entsprechend. ⁹Soweit es erforderlich ist, können auch Informationen angefordert werden, die Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse enthalten. ¹⁰Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt mit der Anforderung die Art, den Umfang und die Art der Aufbereitung und Auswertung der angeforderten Informationen.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und systematische Stellung	2
III. Wirtschaftlichkeit der Vergütung des Einrichtungspersonals (Abs. 1–2a, Abs. 3 S. 1–3)	4
1. Vergütung nach Tarif oder kirchlicher Arbeitsrechtsregelung (Abs. 1)	5
2. Vergütung in Orientierung an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen (Abs. 2 und 2a)	6
3. Öffnungsklausel (Abs. 3 S. 1–3)	9
IV. Wirtschaftlichkeit der Entgelte für Leiharbeit (Abs. 2b, Abs. 3 S. 4) .	12
V. Vorgaben zur Umsetzung (Abs. 2 S. 2 sowie Abs. 4–7)	17

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist durch das **Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)** vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) eingeführt und durch das **Pflegebonusgesetz** vom 28.6.2022 (BGBl. I 938) ergänzt worden, maßgeblich jeweils aufgrund in den Ausschussberatungen eingebrachter bzw. konkretisierter Entwürfe (vgl. BT-Drs. 19/30550, 97 f.; BT-Drs. 19/30560, 68 f.; BT-Drs. 20/1909, 23 f., 68 f.). Ihre (einstweilen) aktuelle Fassung hat sie durch das **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)** vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) erhalten, im Wesentlichen in der Fassung des Fraktionsentwurfs von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (vgl. BT-Drs. 20/6544, 20 f., 74 f.; BT-Drs. 20/6983, 37 f., 93). Formal in Kraft getreten ist sie mWz 20.7.2021 (vgl. Art. 16 Abs. 1 GVWG) bzw. am 30.6.2022 (vgl. Art. 4 Abs. 1 Pflegebonusgesetz) und – bezogen auf die Frist nach § 82c Abs. 5 S. 1 – zum 1.1.2023 (vgl. Art. 4 Abs. 4 Pflegebonusgesetz), der Sache nach gilt sie für die **Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen seit dem 1.9.2022** (vgl. § 82c Abs. 1 S. 1) bzw. **1.7.2023** (Art. 10 Abs. 1 PUEG). MWz 16.12.2023 wurden schließlich durch das **Pflegestudiumstärkungsgesetz (PfStuStG)** vom 12.12.2023 (BGBl. I Nr. 359) in Abs. 6 die Sätze 5 bis 10 zu Berichtspflichten in Zusammenhang mit § 82c und den vergütungsbezogenen Regelungen des § 72 Abs. 3a und 3b hinzugefügt (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 20/8901, 180).

II. Normzweck und systematische Stellung

- 2 Die Vorschrift bestimmt die Kriterien, nach denen sich die Wirtschaftlichkeit der von den in den **Pflegeeinrichtungen und -diensten** gezahlten Pflegesatzverhandlungen nach §§ 84, 85 und 89 **zu berücksichtigende Vergütung des in den tätigen Personals beurteilt**. Sie bezieht sich systematisch einerseits auf § 84 Abs. 2 S. 4 bzw. § 89 Abs. 1 S. 3, wonach die Pflegesätze es der Einrichtung bzw. dem Pflegedienst „bei wirtschaftlicher Betriebsführung“ ermöglichen müssen, **unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos die Aufwendungen zu finanzieren und den Versorgungsauftrag zu erfüllen**. Soweit Gehälter bzw. Entlohnungsbestandteile nach (Abs. 1) bzw. entsprechend (Abs. 2) Tarif nicht „als unwirtschaftlich abgelehnt werden“ können und es für eine höhere Bezahlung „eines sachlichen Grundes“ bedarf (Abs. 3), ist damit für die Entlohnung des Personals einer Einrichtung bzw. eines Pflegedienstes – vor die Klammer gezogen – legaldefiniert, wann sie im Sinne dieser Vorschriften **den Anforderungen wirtschaftlicher Betriebsführung** genügt. Andererseits ist sie das Gegenstück zur sogenannten Tariftreuerregelung des § 72, die Einrichtungen ohne Bindung an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen den Zugang zur Versorgung nach dem SGB XI nur bei einer entsprechenden Vergütung ihrer Beschäftigten eröffnet bzw. erhält (→ § 72 Rn. 7 ff.). Mit diesen Bezügen hat die Regelung mWv 1.9.2022 (vgl. Art. 2a sowie 16 Abs. 10 GVWG) die zu diesem Zeitpunkt aufgehobenen entsprechenden Vorläuferbestimmungen in § 84 Abs. 2 S. 5 und 6 sowie § 84 Abs. 1 S. 4 und 5 ersetzt, mit denen sich der Gesetzgeber Entscheidungen des BSG zu eigen gemacht hatte, wonach – unter Aufgabe früherer Rechtsprechung – die „Wahrung der Tarifbindung [...] der Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung nicht entgegen[steht]“ (grdlld. BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R., BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2009, 68260 Rn. 36). Das ist ergänzt um Regelungen zur Umsetzung der zum 1.9.2022 in Kraft getretenen Vorgabe des § 72 Abs. 3b (→ § 72 Rn. 7c ff.) und um Vorgaben zur Vergütung von Beschäftigten, die **keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen** (Abs. 2a), sowie zur **Refinanzierung bei Leiharbeit** (Abs. 2b).

Mit diesem Regelungsprogramm unterscheidet die Vorschrift dem **Aufbau nach 3** zwischen Kriterien zur Beurteilung einerseits der **Vergütung der Beschäftigten der Einrichtungen selbst** (Abs. 1–2a, Abs. 3 S. 1–3; dazu → Rn. 4 ff.) und andererseits der **Entgelte für Leiharbeitskräfte** (Abs. 2b und Abs. 3 S. 4; dazu → Rn. 12 ff.) und sie trifft Vorgaben zur **administrativen Umsetzung** dieser Anforderungen (Abs. 2 S. 2 sowie Abs. 4–7; dazu → Rn. 15 ff.) wie folgt:

III. Wirtschaftlichkeit der Vergütung des Einrichtungspersonals (Abs. 1–2a, Abs. 3 S. 1–3)

Für die Beurteilung der Aufwendungen für das eigene Personal der Einrichtungen **4** unterscheidet die Vorschrift zwischen der Vergütung nach **Tarifvertrag oder kirchlicher Arbeitsrechtsregelung** (Abs. 1) bzw. **in Orientierung hieran** (Abs. 2 und 2a) und **Vergütungen oberhalb der daraus sich ergebenden Ansätze** (Abs. 3 S. 1–3) wie folgt:

1. Vergütung nach Tarif oder kirchlicher Arbeitsrechtsregelung (Abs. 1)

Nach ihrer Grundnorm bekräftigt die Vorschrift in Abs. 1 mit der Vorgabe **5**

„Ab dem 1. September 2022 kann bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden“

in sprachlich leicht abgewandelter Form die vom Gesetzgeber bereits mit dem PSG I vom 17.12.2014 (BGBl. I 2222) mit der Einführung von **§ 84 Abs. 2 S. 5 aF** aufgegriffene Entscheidung des BSG zur **Wahrung der Tarifbindung** (→ Rn. 2). Allerdings löst sie wie schon § 84 Abs. 2 S. 5 aF den Konflikt nicht sicher auf, der insoweit im Spannungsverhältnis zwischen der bei der Einführung der Pflegeversicherung vollzogenen Abkehr vom **Selbstkostendeckungsprinzip** (vgl. BT-Drs. 12/5262, 144 zu § 93 Abs. 2) einerseits und der **anzuerkennenden Zahlung nach Tariflohn** andererseits besteht (vgl. BSG 16.5.2013 – B 3 P 2/12 R, BSGE 113, 258 = SozR 4–3300 § 84 Nr. 3 = BeckRS 2013, 71713 Rn. 20). Das BSG hat sich deshalb 2013 als gehindert gesehen, in Bezug auf geltend gemachte Personalvergütungsansätze wieder vollständig zum Kostendeckungsprinzip zurückzukehren und allein den Gesetzgeber selbst als berufen angesehen, das deutlich zu machen (BSG 16.5.2013 – B 3 P 2/12 R, BSGE 113, 258 = SozR 4–3300 § 84 Nr. 3 = BeckRS 2013, 71713 Rn. 19). Das kann zwar auch der neuerlichen Regelung kaum in vollständiger Klarheit entnommen werden. Dennoch dürften ihre erneute Anordnung und insbesondere die eingehenden Vorgaben zur Bestimmung des danach berücksichtigungsfähigen Lohnniveaus insbesondere in Abs. 2 und zu etwaigen Abweichungen nach oben hin in Abs. 3 hinreichend deutlich machen, dass **Tarifgehälter in aller Regel nicht zu beanstanden sind** und etwaige Kappungen beim externen Vergleich (→ § 84 Rn. 29) an anderen Positionen anzusetzen haben (ebenso BeckÖGK/Weber Rn. 4: „Soweit vereinzelt noch letzte Zweifel [...] bestanden haben sollten, dürften diese nun ausgeräumt sein“).

2. Vergütung in Orientierung an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen (Abs. 2 und 2a)

Nicht tarifgebundene oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Einrichtungen iSv Abs. 1 können sich nach der sog. **Tariftreueregelung 6**

des § 72 Abs. 3b (→ § 72 Rn. 7c ff.) seit dem 1.9.2022 an der Versorgung im Rahmen des SGB XI nur weiter beteiligen, wenn sich die Entlohnung ihrer **Beschäftigten mit Aufgaben im Bereich der Pflege oder der Betreuung für Pflegebedürftige** entweder an einem **insoweit maßgeblichen Tarifvertrag oder einer entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelung** (§ 72 Abs. 3b S. 1 Nr. 1–3) oder am **jeweiligen regional üblichen Entlohnungsniveau** orientiert (§ 72 Abs. 3b S. 1 Nr. 4). Daran anknüpfend bestimmt § 82 Abs. 2 S. 1 Hs. 2, dass ab dem 1.9.2022 die Zahlung von Entlohnungsbestandteilen iSv § 72 Abs. 3b S. 2 Nr. 1–5 (regelmäßig) „nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden [kann], soweit diese insgesamt das **regional übliche Entlohnungsniveau in der Region, in der die jeweilige Einrichtung betrieben wird, um nicht mehr als 10 Prozent übersteigt**“.

7 In Bezug genommen sind damit als maßgebliche Entlohnungsbestandteile

- (1) der Grundlohn,
- (2) regelmäßige Jahressonderzahlungen,
- (3) vermögenswirksame Leistungen,
- (4) pflegetypische Zulagen,
- (5) der Lohn für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sowie
- (6) pflegetypische **Zuschläge** iSv § 72 Abs. 3b S. 3 (§ 72 Abs. 3b S. 2).

Das daraus abzuleitende regional übliche Entlohnungsniveau definiert Abs. 2 S. 3 als den Durchschnitt dieser Entlohnungsbestandteile, die Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, in der jeweiligen Region nach den jeweils angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten. Die hiernach maßgeblichen Werte haben die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der nach § 72 Abs. 3e S. 1 mitgeteilten Angaben zu ermitteln, differenziert nach dem **regional üblichen Entlohnungsniveau insgesamt** sowie bezogen auf die **drei in § 82c Abs. 2 S. 4 genannten Qualifikationsgruppen** sowie die **pflegetypischen Zuschläge** (§ 82c Abs. 2 S. 2 Nr. 1–3). Die Bestimmung der näheren Modalitäten dieser Ermittlung ist nach § 82c Abs. 4 dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen (zu verfassungsrechtlichen Fragen dazu vgl. Hänlein SGB 2023, 201 (204 ff.)), auf deren Grundlage sich die **Pflegevergütungs-Richtlinien** vom 24.1.2022 stützen, zuletzt geändert durch Beschluss vom 8.7.2022 (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/tv/2022_07_08_Pflegeverguetungs_Richtlinien_nach_82c_SGB_XI_nach_Genehmigung.pdf; zuletzt recherchiert am 27.7.2023).

8 Einbezogen in diese Vorgaben zur Bestimmung des (generell) berücksichtigungsfähigen Entlohnungsniveaus bei Einrichtungen ohne Bindung an Tarifvertrag oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen sind den **Berufsgruppen nach** über die Beschäftigten hinaus, die iSv § 72 Abs. 3b S. 1 Hs. 1 **Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen**, nach der durch das PUEG (→ Rn. 1) eingeführten Regelung des § 82c Abs. 2a ausdrücklich auch alle Beschäftigten **ohne entsprechenden unmittelbaren Pflege- oder Betreuungsbezug**. Damit wird klargestellt, dass die Anknüpfung an § 72 Abs. 3b in § 82c Abs. 2 S. 1 mit dem Verweis auf die Anforderungen an die Entlohnung der Beschäftigten in den Bereichen von Pflege und Betreuung als Voraussetzung für die (weitere) Beteiligung der jeweiligen Einrichtung an der Pflegeversorgung nicht dahin verstanden werden darf, dass Zahlungen in Orientierung an tarif- oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder am regional üblichen Entlohnungsniveau nur in Bezug auf diese Gruppen von Beschäftigten als nicht unwirtschaftlich anzusehen und Beschäftigte ohne solche Aufgaben hiervon ausgenommen sind (zu den Motiven für die Ergänzung um § 82c Abs. 2a vgl. BT-Drs. 20/6544, 74 f.; vgl. zur Rechtslage vor Einführung dieser Regelung BeckOGK/Weber, Stand 1.11.2022, Rn. 119).

3. Öffnungsklausel (Abs. 3 S. 1–3)

Die **Überschreitung der sich aus den Abs. 1–2a ergebenden Grenzen** ist nach den zunächst durch das PSG III vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) in § 84 Abs. 2 S. 6 bzw. § 89 Abs. 1 S. 5 eingefügten und nunmehr in § 82c zusammengeführten Öffnungsklauseln des Abs. 3 S. 1–3 nicht unwirtschaftlich, soweit für den höheren Wert jeweils **ein sachlicher Grund geltend** gemacht werden kann. Das könnten etwa eine Leitungsverantwortung oder die Übernahme besonderer Aufgaben sein (BT-Drs. 18/10510, 116) oder das Erfordernis, aufgrund einer besonders herausfordernden Fachkräftesituation in der Region wettbewerbsfähige Löhne zu zahlen (BT-Drs. 19/30560, 69). Diese Vorgabe übernimmt den bis zu ihrer ausdrücklichen Kodifizierung durch das PSG III der Sache nach bereits aus dem in § 84 Abs. 2 S. 1 bzw. § 89 Abs. 1 S. 2 begründeten **Postulat der Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze und Vergütungen** abzuleitenden Grundsatz, dass jede Abweichung von einem ansonsten üblichen Bemessungsparameter der besonderen Rechtfertigung bedarf und sie in einer angemessenen und nachprüfbaren Relation zu den Sätzen anderer vergleichbarer Einrichtungen steht (grundlegend BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2009, 68260 Rn. 28 ff.).

Soweit in den nach Abs. 1 zu beurteilenden Fällen Gehälter über die aus Tarifvertrag oder kirchlicher Arbeitsrechtsregelung resultierenden Vorgaben hinaus bezahlt werden sollen oder in den Fällen nach Abs. 2 oder 2a das regional übliche Entlohnungsniveau um mehr als 10 Prozent überstiegen werden soll, bedarf es deshalb dafür einer Rechtfertigung nach **Maßgabe der in der Rechtsprechung des BSG aufgestellten Grundsätze zur Leistungsgerechtigkeit einer geltend gemachten Vergütung**. Dazu können etwa die jeweils **regional maßgeblichen Verhältnisse** zählen, auf die zu Recht in den Gesetzesmaterialien hingewiesen worden ist (BT-Drs. 19/30560, 69), oder ein **besonderer Versorgungsauftrag der Einrichtung** (zutreffend jurisPK-SGB XI/O'Sullivan Rn. 13: Spezialisierung auf dementiell erkrankte Pflegebedürftige).

Ob die von der Einrichtung geltend gemachten Gründe im Einzelnen anzuerkennen sind, obliegt bislang allein der **einzelfallbezogenen Verständigung im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen** im Pflegesatzverfahren nach § 85 Abs. 1 bzw. § 89 Abs. 1 S. 1 oder der **Entscheidung in einem etwaigen nachfolgenden Schiedsverfahren** nach § 85 Abs. 5 bzw. § 89 Abs. 3 S. 4 iVm § 85 Abs. 5. Nunmehr hat zunächst der GKV-Spitzenverband im Rahmen der **Pflegevergütungs-Richtlinien** nach § 82c Abs. 4 (→ Rn. 17) in § 6 Abs. 5 in Anlehnung an die Gesetzesmaterialien Umstände benannt, die als in diesem Sinne sachliche Gründe in Betracht kommen. Weitere Empfehlungen sollen nach Abs. 3 S. 5 vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen oder bei fehlender Verständigung im Rahmen eines Schiedsverfahrens nach Abs. 3 S. 6 iVm § 113c Abs. 4 S. 2–8 zu **sachlichen Gründen für Abweichungen bei Leiharbeit iSv Abs. 3 S. 4** abgegeben werden (→ Rn. 15).

IV. Wirtschaftlichkeit der Entgelte für Leiharbeit (Abs. 2b, Abs. 3 S. 4)

Die Obergrenzen von Abs. 1 bzw. Abs. 2 gelten vorbehaltlich der Möglichkeit zu Abweichungen gemäß Abs. 3 S. 4 nach der durch das PUEG (→ Rn. 1) eingeführten Regelung des Abs. 2b schließlich grundsätzlich entsprechend für die Beurteilung der **Wirtschaftlichkeit der Aufwendungen der Einrichtungen für Personal, das ohne direktes Arbeitsverhältnis mit ihnen insbesondere im Rahmen von Leiharbeit oder von Werk- oder Dienstleistungsverträgen Leis-**

tungen der Pflege oder Betreuung erledigt. In solchen Fällen ist nach Abs. 2b S. 2 die **Anerkennung von Vermittlungsentgelten** als wirtschaftlich ausgeschlossen. Beides soll nach der gesetzlichen Konzeption dazu beitragen, dass Leiharbeit und vergleichbare Maßnahmen „nur zusätzliche Instrumente bleiben“, um bei kurzfristigen Personalausfällen und nicht besetzbaren Stellen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung vorübergehend sicherzustellen. Anreize für das Verleihen von Pflege- und Betreuungspersonal sollten vermieden und vielmehr so gesetzt werden, dass Stammpersonal im Betrieb gehalten wird. Stattdessen solle auf Personalpools (§ 75 Abs. 3 S. 6) zurückgegriffen werden (vgl. BT-Drs 20/6544, 75).

- 13 Die Regelung verfolgt ein in verschiedener Hinsicht berechtigtes Anliegen, weil schon mit Blick auf das Interesse der Heimbewohner an möglichst geringen Eigenanteilen dem festen Stammpersonal der Einrichtung regelmäßig der Vorzug vor Leiharbeit zu geben sein wird. Ebenso liegt es pflegefachlich im Interesse der Bewohner an stabilen Betreuungsbeziehungen und dem Interesse des Personals an einheitlichen Arbeitsbedingungen in einer Einrichtung. Insofern greift die Regelung eine in der Praxis schon vor ihrer Einführung virulente Frage auf (vgl. nur LSG Nds-Brem 25.3.2021 – L 12/15 P 51/19 KL, BeckRS 2021, 51724). Allerdings scheint fraglich, ob sie zu **deren Lösung über den bis dahin geltenden Stand hinaus viel beitragen** kann. Schon nach den allgemeinen Regeln war die Geltendmachung von regelmäßig höheren Kosten für Leiharbeit in zweierlei Hinsicht besonders rechtfertigungsbedürftig, nämlich in Bezug
 1. auf den Abstand zur Vergütung der (regulär) Beschäftigten und
 2. die Dauer und den Umfang des Einsatzes von Leihpersonal.
- 14 Insbesondere Letzteres ist in dem auf die prospektive Plausibilisierung und Bewertung künftiger Gestehungskosten (vgl. § 85 Abs. 3 S. 1) angelegten Pflegesatzbemessungsverfahren nur schwer abschätzbar und wird durch die **Entgeltbegrenzung des Abs. 2b mit Verweis auf die Öffnungsklausel des Abs. 3** (dazu allgemein → Rn. 9f.) nicht substantiell erleichtert, weil diese ihrer Zielrichtung nach mehr den Abstand zwischen der Vergütung des (eigenen) Personals der Einrichtungen und den Entgelten für Leiharbeit im Blick hat als den in der Regel eher ungewissen Bedarf für die Einbeziehung von Leiharbeitskräften.
- 15 Vor diesem Hintergrund sollen nach der im Rahmen der Ausschussberatungen zum PUEG (→ Rn. 1) eingeführten Regelung des Abs. 3 S. 5 vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen oder bei fehlender Verständigung ansonsten im Rahmen eines Schiedsverfahrens nach Abs. 3 S. 6 iVm. § 113c Abs. 4 S. 2–8 **Empfehlungen zu sachlichen Gründen für Abweichungen bei Leiharbeit iSv Abs. 3 S. 4** abgegeben werden. Der Sache nach reagiert das auf Kritik der Verbände von Einrichtungsträgern an der Begrenzung der Refinanzierung von Aufwendungen für Fremdpersonal (vgl. insbesondere die Aus-Drs. 20(14)105(7), 20(14)105(17) sowie 20(14)105(18)). Nunmehr sollen durch die Empfehlungen nach Abs. 3 S. 5 eine bundeseinheitliche Anwendung der Öffnungsklausel des Abs. 3 S. 4 beim Ansatz von Aufwendungen für Leiharbeit befördert und ein angemessener Ausgleich zwischen dem politisch verfolgten Ziel der Rückführung des Einsatzes von Leiharbeit und der Sicherstellung der Versorgung gesucht werden (vgl. BT-Drs. 20/6983, 93).
- 16 Ob dieser Ausgleich auf der Grundlage des geltenden Rechts gefunden werden kann, solange es nicht gelingt, die Gründe für einen anwachsenden Bedarf an Leiharbeit in der Pflege zurückzudrängen, scheint allerdings fraglich. Bei der prospektiv angelegten Pflegesatzbemessung (vgl. § 85 Abs. 3 S. 1) wird es sich kaum vermeiden lassen, dass Unsicherheiten über den im vorausliegenden Pflegesatzzeitraum anzusetzenden Bedarf an Leiharbeitskräften entweder zu Lasten der Einrichtungsträger oder der Bewohner aufgelöst werden, ohne dass dies nachträglich auszugleichen ist, wie es etwa nunmehr in § 82 Abs. 5 S. 3 und 4 für die Sondersituation nachträglich gewährter Betriebskostenzuschüsse ausdrücklich geregelt ist (vgl. dazu BT-Drs. 20/

4683, 106). Nach der gegebenen Rechtslage erscheint es deshalb eher vorzugswürdig, die erforderlichen Aufwendungen für Leiharbeit zurückhaltend anzusetzen und auf Änderungen ggfs. mit einer Pflegesatzanpassung nach § 85 Abs. 7 zu reagieren.

V. Vorgaben zur Umsetzung (Abs. 2 S. 2 sowie Abs. 4–7)

Die Umsetzung der durch § 82c begründeten Anforderungen erfordert insbesondere im Hinblick auf die Vorgaben des Abs. 2 für die nicht tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Einrichtungen iSv Abs. 1 eingehende Kenntnisse über das jeweils regional übliche Entlohnungsniveau und zudem nähere Vorgaben dazu, wie dieses Niveau im Einzelnen zu bestimmen ist. Dazu ist dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch Abs. 4 aufgegeben worden, in **Richtlinien das Nähere zum Verfahren nach den Abs. 1–3 und 5 festzulegen**, worauf die **Pflegevergütungs-Richtlinien** vom 24.1.2022 (zuletzt geändert durch Beschluss vom 8.7.2022) ergangen sind, die im Einzelnen Maßgaben enthalten zur Bildung der Regionen, zur Bestimmung des regional üblichen Entlohnungsniveaus und dessen Ermittlung. Unter Berücksichtigung dessen haben die **Landesverbände der Pflegekassen** nach Abs. 2 S. 2 auf Grundlage der nach § 72 Abs. 3e S. 1 mitgeteilten Angaben das regional übliche Entlohnungsniveau, die regional üblichen Entlohnungsniveaus für die drei in Abs. 2 S. 4 genannten Qualifikationsgruppen sowie die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge zu ermitteln, und die maßgeblichen Informationen nach den Vorgaben des Abs. 5 zu veröffentlichen.

Zuletzt unterliegen schließlich die Pflegekassen sowie deren Landesverbände nach der durch das PfStudStG vom 12.12.2023 (→ Rn. 1) vorgegebenen Regelung des Abs. 6 S. 5 auf begründete Anforderung hin **Berichtspflichten zu Evaluierungszwecken dem Bundesministerium für Gesundheit** gegenüber zu den **Wirkungen der Abs. 1–3 sowie des § 72 Abs. 3a–3e** (Abs. 6 S. 5; zu den Motiven vgl. BT-Drs. 20/8901, 180). Die Einzelheiten sind durch Abs. 6 S. 6–10 bestimmt.

§ 83 Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung

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

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

²§ 90 bleibt unberührt.

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Die einzelnen VO-Materien	3
1. VO über Pflegevergütung, allgemeine Pflegeleistungen und Buchführungsvorschriften	3
2. VO über die Rechnungs- und Buchführungsvorschriften der Pflegeeinrichtungen (Nr. 3).	4
3. Abgrenzungs-VO (Nr. 5)	5

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch **Art. 1 PflegeVG** eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 143 zu § 92). Der AuS-Ausschuss hat keine Änderungen vorgenommen (vgl. BT-Drs. 12/5920, 79). In den beiden Vermittlungsverfahren wurde die Vorschrift an die geänderte Konzeption der Finanzierung (vgl. → § 82 Rn. 1) angepasst (vgl. BT-Drs. 12/6424 und BT-Drs. 12/7323). Durch Art. 1 Nr. 11 des **PQsG** vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) sind mWv 1.1.2002 in Abs. 1 die Nr. 3 wesentlich neu gefasst und in Abs. 2 der frühere S. 1 gestrichen und die Regelung von – nunmehr – S. 1 technisch angepasst worden (vgl. BT-Drs. 14/5395, 34).

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift ermächtigt den VO-Geber zu wesentlichen Konkretisierungen im Hinblick auf Inhalt und Abrechnung von Pflegeleistungen sowie zur Kosten- und Leistungsrechnung der Pflegeeinrichtungen. Sie setzt den VO-Geber in Stand, die Selbstverwaltung im Bereich der Leistungskonkretisierung und der Pflegevergütung weitgehend auszuschalten (instruktiv insoweit Abs. 2 S. 1 der Vorschrift idF des PflegeVG); diesen – jedenfalls dem Wortlaut nach bestehenden – Gestaltungsspielraum geben die Überschrift und der Verweis auf die mehr technische Natur der von der Ermächtigung erfassten Gegenstände nur unzureichend wieder (vgl. BT-Drs. 12/5262, 143 zu § 92). Tatsächlich ist die Ermächtigung zu verstehen als Eintrittsbefugnis für den Fall, dass die Ausgestaltung des Leistungs- und Vergütungsrechts durch die Gremien der Selbstverwaltung den Regelungsvorstellungen des VO-Gebers zuwiderlaufen oder sonst unzureichend erscheinen sollte. Wenig überraschend hat der VO-Geber von dieser Befugnis seit Inkrafttreten des SGB XI allerdings kaum Gebrauch gemacht und ist damit dem Ansatz treu geblieben, die Ausgestaltung von Leistungen und Vergütungen im Einzelnen der Selbstverwaltungsebene zu überlassen. Ausnahme hiervon ist bislang nur die Pflege-Buchführungsverordnung vom 22.11.1995 (BGBl. I 1528), zuletzt geändert durch Art. 32 des Gesetzes vom 23.10.2001, BGBl. I 2702. Auch insoweit ist das Gestaltungsmandat indessen gemäß § 75 Abs. 7 idF des PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) auf die Selbstverwaltung übergegangen (dazu → § 75 Rn. 6).

III. Die einzelnen VO-Materien

1. VO über Pflegevergütung, allgemeine Pflegeleistungen und Buchführungsvorschriften

Nr. 1, 2 und 4 erfassen alle Regelungen über die Vereinbarung von Pflegevergütungen; unberührt bleibt lediglich die Ermächtigung des BMG zum Erlass einer Gebührenordnung (Abs. 1 S. 2). Eine entsprechende VO würde die Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Pflegevergütung ausschalten; mit ihr ist daher vorerst nicht zu rechnen. Nr. 2 und 4: zur Subsidiarität der VO-Ermächtigung → Rn. 2.

2. VO über die Rechnungs- und Buchführungsvorschriften der Pflegeeinrichtungen (Nr. 3).

Die VO ist am 29.11.1995 (BGBl. I 1528) erlassen worden und am 1.1.1996 in Kraft getreten. Zwischenzeitlich ist die hiernach vorgenommene Konkretisierung der Zuständigkeit der Selbstverwaltungspartner übertragen worden (→ Rn. 2 aE).

3. Abgrenzungs-VO (Nr. 5)

Aufgrund der Ermächtigung in Nr. 5 sollte eine VO über die Abgrenzung der in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nicht zu berücksichtigenden Investitionsaufwendungen von den vergütungsfähigen Aufwendungen für Verbrauchsgüter (Pflege-AbgrenzungsVO) erlassen werden (vgl. den Entwurf, BR-Drs. 289/95); hierzu ist es bislang nicht gekommen. Die VO-Ermächtigung in Abs. 1 S. 1 Nr. 5 wurde erst im Vermittlungsverfahren nach Änderung des Finanzierungskonzepts der sozialen Pflegeversicherung eingefügt (→ § 82 Rn. 1a). Die VO sollte der Abgrenzung der Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen für die allgemeinen Pflegeleistungen, für die Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen sowie für die Zusatzleistungen (nach Abs. 1 S. 1 Nr. 2) von Investitionsaufwendungen und den sonstigen Aufwendungen nach § 82 Abs. 2 dienen. Umstritten war vor allem die Festsetzung der Wertgrenze der zum Verbrauch bestimmten Güter (sog. Verbrauchsgüter) gem. § 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 1. Nach dem Entwurf der Bundesregierung sollte die Grenze bei 100 DM liegen (vgl. § 2 Abs. 1 S. 2 Pflege-AbgrenzungsVO-E); gefordert war eine höhere Grenze.

Zweiter Abschnitt. Vergütung der stationären Pflegeleistungen

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(1) ¹Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die Betreuung und, soweit kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege. ²In den Pflegesätzen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.

(2) ¹Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. ²Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. ³Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die

Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. ⁴Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. ⁵Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. ⁶Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. ⁷Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. ⁸Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. ⁹Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden.

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

(4) ¹Mit den Pflegesätzen sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (Allgemeine Pflegeleistungen) abgegolten. ²Für die allgemeinen Pflegeleistungen dürfen, soweit nichts anderes bestimmt ist, ausschließlich die nach § 85 oder § 86 vereinbarten oder nach § 85 Abs. 5 festgesetzten Pflegesätze berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zu ihrer Zahlung verpflichtet ist.

(5) ¹In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen. ²Hierzu gehören insbesondere

1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden,
2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie
3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1).

(6) ¹Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. ²Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird. ³Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird. ⁴Das Nähere zur Durchführung des Personalabgleichs wird in den Verträgen nach § 75 Abs. 1 und 2 geregelt.

(7) ¹Der Träger der Einrichtung ist ab dem 1. September 2022 verpflichtet, die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2a und der Entlohnung nach § 82c Absatz 2 jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. ²Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien bis zum 1. Juli

2022 das Nähere zur Durchführung des Nachweises nach Satz 1 fest. ⁴Dabei ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁵§ 72 Absatz 3 c Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(7a) ¹Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten. ²Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung dieses nachzuweisen. ³Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. ⁴Das Nähere zur Durchführung des Nachweises wird in den Verträgen nach § 75 Absatz 1 und 2 geregelt.

(8) ¹Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. ²Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. ³Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. ⁴Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

(9) ¹Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen. ²Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. ³Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und -aufbau	4
III. Vergütung durch Pflegesätze	6
IV. Pflegesatzfähige Leistungen (Abs. 1 S. 1)	7
1. Allgemeine Pflegeleistungen	8
2. Betreuung	9
3. Medizinische Behandlungspflege	10
4. Leistungsumfang und -qualität (Abs. 5)	15
V. Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze (Abs. 2 und 3)	19
1. Differenzierung nach Versorgungsaufwand (Abs. 2 S. 2)	20
2. Bemessungskriterien (Abs. 2 S. 4–7, § 82c Abs. 1–3)	24
a) BSG 14.12.2000 – Marktpreismodell	25
b) BSG 29.1.2009 – Plausible Gestehungskosten und externer Vergleich	26
c) Plausibilisierung der Gestehungskosten	28
d) Externer Vergleich	29

	Rn.
e) Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen (§ 82c)	31
f) Angemessene Gewinnchancen (Abs. 2 S. 4)	32
VI. Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (Abs. 2 S. 3)	34
1. Ablösung der pflegegradbezogenen Beteiligung bei vollstationärer Versorgung	34
2. Bemessungsfaktoren	37
3. Voraussichtliche Pflegegradverteilung	41
4. Ermittlung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils	43
VII. Bindungswirkungen für die Einrichtungen (Abs. 6 und 7)	44
VIII. Vergütungszuschläge (Abs. 8 und 9)	45

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch **Art. 1 PflegeVG** eingeführt worden und hat seit ihrer Einführung zahlreiche Änderungen erfahren, grundlegender Art zuletzt mWv 1.1.2017 durch das **PSG II** vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424). In der Ursprungsfassung folgte sie weitgehend dem FraktE (§ 93 FraktE; vgl. BT-Drs. 12/5262, 143 f.), allerdings wurde aufgrund der geänderten Finanzierungskonzeption (vgl. → Vor §§ 82–92b Rn. 5 und → § 82 Rn. 1a) Abs. 1 S. 2, der die Investitionszuschläge nach § 100 FraktE regelte, im ersten Vermittlungsverfahren gestrichen (BT-Drs. 12/6424, 4). Durch das **1. SGB XI-ÄndG** vom 14.6.1996 (BGBl. I 830) wurde mW zum 25.6.1996 in Abs. 1 der Satzteil „sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung“ hinzugefügt (vgl. BT-Drs. 13/3696, 16). Durch das **GKV-WSG** vom 26.3.2007 (BGBl. I 378) wurde mW zum 1.4.2007 Abs. 1 um die Neuregelung zur medizinischen Behandlungspflege in S. 1 ergänzt und S. 2 eingefügt (vgl. BT-Drs. 16/3100, 537). Durch das **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) wurden mW zum 1.7.2008 in Abs. 2 die Härtefallregelung des S. 2 Hs. 2 und die Vergleichsregelung des S. 7 eingefügt und schließlich die erstmals mit dem PQsG vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) als § 80a eingeführte Regelung zur Vereinbarung von Leistungs- und Qualitätsmerkmalen in den Regelungszusammenhang des § 84 übertragen und hier als Abs. 5 und 6 angefügt (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 16/7439, 71 f.). Durch das **PNG** vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) wurden in Abs. 2 S. 4 nach „ermöglichen“ die Wörter „seine Aufwendungen zu finanzieren und“ eingefügt (zu den Motiven BT-Drs. 17/9369, 46), und durch das **PSG I** vom 17.12.2014 (BGBl. I 2222) in Abs. 2 der S. 5 und die Nachweisanforderung des Abs. 7 begründet (zu den Motiven BT-Drs. 18/2379, 21 f. sowie BT-Drs. 18/2909, 44).
- 2 Eine **grundlegende Weiterentwicklung** hat die Bestimmung mit dem **PSG II** vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) erhalten, indem durch dessen Art. 2 Nr. 36 ua die **Beteiligung der Heimbewohner an der Pflegevergütung** gem. Abs. 2 S. 2 und 3 mW zum 1.1.2017 zum sog. **einrichtungseinheitlichen Eigenanteil** umgestaltet worden ist. Seither ist der von den Heimbewohnern zu tragende Eigenanteil an den Pflegekosten nicht mehr abhängig von der regelmäßig an der (früheren) Pflegestufe ausgerichteten (früheren) Pflegeklasse wie nach § 84 Abs. 2 S. 3 in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung. Vielmehr haben sie nunmehr unabhängig vom Ausmaß ihrer jeweiligen eigenen Pflegebedürftigkeit mit einem einheitlichen Betrag – dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil – den Teil der mit den Pflegesätzen abzudeckenden Leistungen der Einrichtung zu tragen, der nicht durch die Leistungsbeträge der Pflegekassen nach §§ 41 Abs. 2 S. 2 oder 43 Abs. 2 S. 2 gedeckt ist (dazu → Rn. 21 ff.). Zusätzlich ist durch das PSG II in Abs. 1 S. 1 das Wort „soziale“ gestrichen und die bis dahin in § 87b getroffene Regelung zur zusätzlichen Betreuung nunmehr iSv § 43b zT in Abs. 8 überführt worden (zu den Motiven BT-

Drs. 18/5926, 137; dazu → Rn. 45 f.). Weiter ist mit Art. 2a Nr. 3 des **Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze** vom 11.10.2016 (BGBl. I 2233) die durch das PSG II begründete Eigenanteilsregelung in Abs. 2 S. 3 dahin korrigiert worden, dass sie nunmehr lautet „Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge.“ (zu den Motiven BT-Drs. 18/9083, 34). Mit dem letzten Pflegestärkungsgesetz, dem **PSG III** vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) wurden sodann die Regelungen in Abs. 2 und 7 zur Vergütungsbemessung um die Vorgabe zur angemessenen Berücksichtigung des Unternehmerrisikos ergänzt und weitere Vorgaben zur Vergütung der Beschäftigten eingefügt (zur Begr. vgl. BT-Drs. 18/10510, 116 f.).

Nach einiger Zeit unveränderter Geltung ist § 84 – wie auch § 85 – seit Ende 2020 Gegenstand zahlreicher Änderungen, teils sehr kleinteilig und mit schneller Aufeinanderfolge verschiedener Fassungen für zT nur wenige Monate. Zunächst hat der Gesetzgeber mit dem **Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz - GKV-IPReG** – vom 23.10.2020 (BGBl. I 2220) in Abs. 1 S. 1 mWv 29.10.2020 die Wörter „Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches“ durch die Wörter „außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ ausgetauscht, um der Auslagerung des Anspruchs auf medizinische Behandlungspflege in den Fällen eines außerklinischen intensivpflegerischen Versorgungsbedarfs nach § 37c SGB V Rechnung zu tragen (vgl. BT-Drs. 19/19368, 43). Sodann hat er mit dem **Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz - GPVG** – vom 22.12.2020 mWz 1.1.2021 mit Abs. 9 eine Rechtsgrundlage zur zwischenzeitlichen Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskräfte unmittelbar durch die Pflegekassen begründet (vgl. BT-Drs. 19/23483, 40). Mit dem **Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG** – vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) hat er diese Möglichkeit der Refinanzierung entsprechender Personalstellen durch § 113c Abs. 6 S. 1 idF des GVWG zeitlich begrenzt bis zum 30.6.2023 und damit ab dem 1.7.2023 wieder dem allgemeinen Regime nach §§ 84, 85 und den ab diesem Zeitpunkt geltenden Personalbemessungsvorgaben des § 113c idF des GVWG unterstellt. Für die Übertragung entsprechender Vergütungszuschläge nach § 84 Abs. 9 idF des GPVG in die Pflegesätze nach § 84 Abs. 1 besteht nach § 113c Abs. 6 S. 3 Gelegenheit bis spätestens zum 31.12.2025; entsprechend unterliegt § 84 Abs. 9 zu diesem Zeitpunkt der Aufhebung (Art. 2 Nr. 26 lit. c iVm Art. 16 Abs. 11 GVWG; zu den Motiven vgl. auch BT-Drs. 19/30560, 75 f.). Weitere Änderungen sind bedingt durch die mit dem GVWG begründete Verpflichtung nicht tarifgebundener Pflegeeinrichtungen, ab dem 1.9.2022 gem. § 72 Abs. 3b Löhne auf Tarifvertragsniveau zu zahlen, und die daran anknüpfende Auslagerung gehaltsbezogener Pflegesatzbemessungsfaktoren auf die ebenfalls mit dem GVWG eingeführte Neuregelung des § 82c. In diesem Zuge hat der Gesetzgeber zunächst die in dieser Form erstmals durch das PSG I begründeten (→ Rn. 1) Nachweisanforderungen des Abs. 7 zu den von der Einrichtung bezahlten Gehältern durch eine an die neu gefassten Verpflichtungen angepasste, am 20.7.2021 in Kraft getretene Neufassung von Abs. 7 für den Zeitraum ab dem 1.9.2022 ersetzt und die bis dahin noch geltende Fassung des Abs. 7 aF mWz 20.7.2021 als Abs. 7a fortgeführt, der schließlich durch Art. 2a Nr. 1 lit. a iVm Art. 16 Abs. 10 GVWG zum 1.9.2022 aufgehoben worden ist. Ebenfalls zu diesem Zeitpunkt aufgehoben worden sind durch Art. 2a Nr. 1 lit. a iVm Art. 16 Abs. 10 GVWG Abs. 5. und 6. Zuletzt – einstweilen – ist durch das **Krankenhauspflegeentlastungsgesetz - KHPfEG** vom 22.12.2022 (BGBl. I 2793) der bisherige Verweis in Abs. 7 S. 5 mWv 29.12.2022 mit der Angabe „Satz 3 und 4“ durch „Satz 5 und 6“ ersetzt worden, womit eine redaktionelle Anpassung infolge einer früheren Änderung in § 72 Abs. 3c nachgeholt worden ist (vgl. BT-Drs. 20/4708 (neu), 124). Durch das **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG** – vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155 vom 23.6.2023) sind in Abs. 7 S. 1 nach

den Wörtern „§ 82c Absatz 1 oder“ die Wörter „Absatz 2a und“ eingefügt worden; das trägt der entsprechenden Ergänzung des § 82c Rechnung.

II. Normzweck und -aufbau

- 4 § 84 dient als eine der zentralen vergütungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI der materiellen Ausgestaltung des Anspruchs auf Vergütung der stationären und teilstationären Pflegeleistungen, der in § 82 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 dem Grunde nach statuiert ist und nach dem Regelungskonzept des § 82 eines von bis zu vier Finanzierungselementen der stationären Pflege bildet (vgl. → § 82 Rn. 3). Dabei greift die Regelung nach der zwischenzeitlichen Rechtsentwicklung (vgl. → Rn. 1 ff.) weit über die in der amtlichen Überschrift angeführten „Grundsätze der Pflegesatzbemessung“ hinaus. Im Einzelnen umfasst sie nunmehr Vorgaben
- zu den **Leistungen**, die mit Pflegesätzen abzugelten sind (Abs. 4 S. 1 iVm Abs. 1 S. 1),
 - zu Vergütungsvoraussetzungen in **qualitativer Hinsicht** (Abs. 5)
 - zur **Pflegesatzbemessung** (Abs. 2 S. 1 und 4–7),
 - zur **Beteiligung der Heimbewohner durch einrichtungseinheitliche Eigenanteile** (Abs. 2 S. 3),
 - zu den Pflichten der Einrichtungen zur **personellen Versorgung der Heimbewohner** (Abs. 6),
 - zur **Vergütung ihrer Beschäftigten** (Abs. 7) und schließlich
 - zur **Vergütung zusätzlicher Betreuungsleistungen** (Abs. 8 und 9).
- 5 Damit ist die Norm im Laufe der Zeit um Inhalte ergänzt worden, die zwar in Zusammenhang mit dem Vergütungsanspruch der Einrichtungen stehen, systematisch aber anderen Regelungsbereichen zuzurechnen sind. Das bringt einerseits Redundanzen mit sich, wie das Verbot des Abs. 1 S. 2, das bereits dem Sachleistungsprinzip (vgl. → Vor §§ 28–45f Rn. 2) und § 88 zugrunde liegt. Andererseits muss die Regelung danach jeweils im systematischen Zusammenhang gesehen werden mit 1. dem materiellen Vergütungsrecht mit insbesondere der Grundnorm des § 82 und den Sonderregelungen etwa in § 88, 2. dem Recht der Qualitätssicherung insbesondere mit den § 112 ff. und schließlich 3. den verfahrensrechtlichen Maßgaben insbesondere von §§ 85 und 87a. Das erschwert den Zugang zu ihrem Verständnis, erklärt sich aber aus der im Laufe der Novellierungen des SGB XI weiter vorangetriebenen Ausgestaltung des Leistungserbringungsrechts.

III. Vergütung durch Pflegesätze

- 6 Nach den Vergütungsvorschriften des SGB XI werden die allgemeinen Pflegeleistungen iSv § 82 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 (→ Rn. 8 ff.) im stationären Sektor durch **Pflegesätze** vergütet. Der Terminus ist der Krankenhausfinanzierung entlehnt und bezeichnet die Vergütung von Leistungen durch **tagesgleiche Pflegesätze** (vgl. § 10 Abs. 1 Nr. 1 BPflV in der bis zum 31.12.2012 geltenden Fassung). Mittelbar ist dies auch der mit dem PQsG vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) eingeführten Berechnungsregelung des § 87a Abs. 1 S. 1 zu entnehmen, wonach ua die Pflegesätze für jeden Berechnungstag berechnet werden, der nach Maßgabe der Vorschrift anzusetzen ist. Nach dem Grundkonzept richtet sich der Vergütungsanspruch mithin auf die **taggenaue pauschale Abgeltung des Pflegeaufwands je Heimbewohner**, und zwar gestuft nach den unterschiedlichen Bedarfen früher der drei Pflegestufen nach § 15 Abs. 1 S. 1 aF und nunmehr der fünf Pflegegrade nach § 15 Abs. 3 S. 4, allerdings zwischenzeitlich überformt und abgewandelt durch die Beteiligung der Heimbewohner an den Kosten der Versorgung mit allgemeinen Pflegeleistungen in

stationären Pflegeeinrichtungen durch die sog. **einrichtungseinheitlichen Eigenanteile** nach Abs. 2 S. 3 (→ Rn. 22 f. sowie → Rn. 34 ff.).

IV. Pflegesatzfähige Leistungen (Abs. 1 S. 1)

In die Vergütung durch die Pflegesätze einbezogen sind alle stationären Leistungen, die den **allgemeinen Pflegeleistungen** (→ Rn. 8 ff.) zuzurechnen und vom Versorgungsauftrag der jeweiligen Einrichtung nach Maßgabe der **einrichtungsbezogenen Leistungs- und Qualitätsmerkmale** nach Abs. 5 (→ Rn. 15 ff.) umfasst sind. Im Einzelnen gilt insoweit:

1. Allgemeine Pflegeleistungen

Zur **allgemeinen Pflegeleistung** vergüteten stationären Versorgung rechnen zunächst alle Leistungen zur Pflege, die – wie sich aus der Legaldefinition des Abs. 4 S. 1 ergibt – erstens nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit jeweils „erforderlich“ sind und zweitens – wie sich im Umkehrschluss aus § 88 ergibt – deshalb als „allgemein“ angesehen werden können, weil sie weder den von der Pflegekasse zu übernehmenden **Zuschlagsleistungen nach Abs. 8 oder Abs. 9** noch den von den Heimbewohnern selbst zu tragenden Zusatzleistungen nach § 88 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 zuzurechnen sind. Maßstab hierfür ist jeweils der Leistungsanspruch des Versicherten seiner Pflegekasse gegenüber (vgl. näher → § 82 Rn. 6 f. sowie zum Leistungsrecht → § 43 Rn. 12).

2. Betreuung

Den allgemeinen Pflegeleistungen zuzuordnen und damit ebenfalls von den Pflegesätzen pauschal abzudecken sind nach § 82 Abs. 1 S. 3 und § 84 Abs. 1 S. 1 die von der Einrichtung zu erbringenden Leistungen zur **Betreuung der Heimbewohner**. Das geht – zunächst unter der Bezeichnung als soziale Betreuung – auf das 1. SGB XI-ÄndG (→ Rn. 1) und die zutreffende Einschätzung zurück, dass die Pflegebedürftigen im Heim einer Beratung und Betreuung bedürfen und dies von der Einrichtung nur erwartet werden kann, wenn sie sich auch insoweit „auf eine stetige Finanzierung“ verlassen kann (BT-Drs. 13/3696, 14; dazu näher auch → § 43 Rn. 1). Sicher nicht realisiert hat sich dabei indes die Erwartung, dass die Pflegebedürftigen durch die Einführung der dahingehenden Leistungspflicht **entlastet werden könnten** (BT-Drs. 13/3696, 14). Die pauschalen Leistungsbeträge nach § 43 Abs. 2 S. 2 bleiben vielmehr regelmäßig hinter dem tatsächlichen Leistungsbedarf zurück; zuletzt im Jahr 2020 lagen die Gesamteigenanteile der Pflegebedürftigen für die allgemeinen Pflegeleistungen mit dem auf sie entfallenden Investitionskostenanteil nach § 82 Abs. 3 S. 1 auf sowie der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung abhängig von der Dauer der Inanspruchnahme vollstationärer Leistungen (vgl. § 43c) monatlich durchschnittlich zwischen 2.350 EUR und 1.675 EUR (vgl. Rothgang/Müller, BARMER Pflegereport 2022, S. 26 Abb. 1.1). Solange die Leistungsbeträge nach § 43 Abs. 2 S. 2 so weit hinter dem tatsächlichen Bedarf zurückbleiben, dient die Einbeziehung der Betreuung in den Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung deshalb im Ergebnis eher der höheren Transparenz bei der Vergütungsfindung. Eine Leistungsausweitung zu Gunsten der Pflegebedürftigen kann hierin indes nicht gesehen werden (kritisch ebenso Udsching jurisPR-SozR 5/2014 Anm. 2 zu BSG 16.5.2013 – B 3 P 1/12 R, BSGE 113, 250 = SozR 4–3300 § 84 Nr. 3 = BeckRS 2013, 73194).

3. Medizinische Behandlungspflege

- 10 Ebenfalls den allgemeinen Pflegeleistungen zuzuordnen und damit pauschal durch die Pflegesätze abzudecken sind schließlich nach § 82 Abs. 1 S. 3 und § 84 Abs. 1 S. 1 die Leistungen für die medizinische Behandlungspflege, **soweit diese nicht nach § 37c SGB V von der Krankenkasse zu übernehmen** sind. Nach der Definition des § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V sind dies krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung als Teil der häuslichen Krankenpflege, wie das Setzen von Spritzen, Dekubitus-Behandlung, Wundversorgung, Katheterisierung, Verabreichung von Medikamenten oder Ähnlichem (vgl. BT-Drs. 13/3696, 13 zu § 42; vgl. insbesondere BSG 17.3.2005 – B 3 KR 35/04 R., BSGE 94, 205 = SozR 4–2500 § 37 Nr. 4 = BeckRS 2005, 41795; BSG 16.7.2014 – B 3 KR 2/13 R., SozR 4–2500 § 37 Nr. 12 = BeckRS 2014, 71830 Rn. 18; BSG 7.5.2020 – B 3 KR 4/19 R., BeckRS 2020, 18353 Rn. 29). Auf diese Leistungen haben GKV-Versicherte nach § 37 Abs. 2 SGB V Anspruch als Leistung der Krankenkasse, soweit sie sich **im eigenen Haushalt**, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen, aufhalten und kein Leistungsausschluss nach § 37 Abs. 3 SGB V besteht, weil die Leistung von einer im Haushalt lebenden Person erbracht werden kann (zu den Grenzen insoweit vgl. BSG 30.3.2000 – B 3 KR 23/99 R., BSGE 86, 101 = SozR 3–2500 § 37 Nr. 2 = BeckRS 2000, 40786).
- 11 Auf Unverständnis stößt deshalb, wenn diese Leistungszuständigkeit der Krankenkasse in stationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich **entfällt** und auf die soziale Pflegeversicherung und damit mittelbar – wegen deren begrenzter Leistungen – **auf die Versicherten** verlagert wird (kritisch auch LPK-SGB XI/Brünner/Höfer Rn. 7). Zwar können diese Leistungen jedenfalls zT bei Gelegenheit der pflegerischen Versorgung vom Pflegepersonal im Pflegeheime ohne erheblichen Zusatzaufwand mit erledigt werden. Trotzdem ist es wegen der gedeckelten Sätze systemwidrig, dass der Gesetzgeber die ursprünglich nur als vorübergehend gedachte Entlastung der Krankenkassen durch das GKV-WSG vom 26.3.2007 (BGBl. I 378) im Wesentlichen zur Dauerlösung gemacht hat. Danach liegt die Zuständigkeit für die Behandlungspflege bei **teil- und vollstationärer Versorgung** gem. §§ 41 Abs. 2 S. 1, 42 Abs. 2 S. 2 und 43 Abs. 2 S. 1 nunmehr grundsätzlich endgültig bei der sozialen Pflegeversicherung (dazu zu Recht kritisch und mwN zur Genese der Regelung Udsching GuP 2015, 161 (163)). Nicht ohne Brüche ist diese Zuordnung schließlich auch insoweit, als sie bei Versorgungen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI nicht greift (BSG 26.3.2021 – B 3 KR 14/19 R., BSGE 132, 77 = SozR 4–2500 § 37 Nr. 16 = BeckRS 2021, 18079 mAnm Brose SGB 2022, 367 und Udsching jurisPR-SozR 19/2021 Anm. 2).
- 12 Diese Zuordnung erstreckt sich gem. § 84 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 auf alle teil- und vollstationär Versorgten, „**soweit kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege**“ nach § 37c SGB V besteht. Danach haben Pflegekassen und Pflegebedürftige für die Kosten der medizinischen Behandlungspflege ausnahmsweise dann nicht aufzukommen, wenn ein iSv § 37c Abs. 1 S. 1 SGB V „**besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege**“ besteht, wovon nach § 37c Abs. 1 S. 2 SGB V auszugehen ist, „wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist“. Damit ist die mit dem GKV-WSG vom 26.3.2007 (BGBl. I 378) eingeführte und zuletzt nochmals durch das GKV-IPReG (→ Rn. 3) geänderte Vorschrift des § 37 Abs. 2 S. 3 Hs. 1 SGB V abgelöst, wonach abweichend von der Grundregel des § 43 Abs. 2 S. 1 Ansprüche auf häusliche Krankenpflege als Behandlungspflege „ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches

[bestanden], die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben“. Damit sollten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen von sehr hohen Eigenanteilen entlastet werden, die wegen der gedeckelten Leistungsbeträge in der sozialen Pflegeversicherung bei einem besonders hohen Versorgungsbedarf wie etwa bei Wachkomapatienten oder Dauerbeatmeten entstehen konnten (vgl. BT-Drs. 16/3100, 105).

Diese bis dahin mit dem Kriterium des „**besonders hohen Bedarf[s] an medizinischer Behandlungspflege**“ noch offenere Umschreibung des leistungsberechtigten Personenkreises bei außergewöhnlichen Bedarfen an Behandlungspflege hat der Gesetzgeber nunmehr unter Rückgriff auf das schon nach alter Rechtslage vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) vertretene Verständnis mit dem GKV-IPReG dahin präzisiert, dass Anspruch auf Entlastung in solcher Lage nur hat, wer auf die „**ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft**“ angewiesen ist, was nach den HKP-RL schon zur früheren Rechtslage eine **Rund-um-die-Uhr-Versorgungssituation** voraussetzte (vgl. § 1 Abs. 7 S. 3 HKP-RL vom 17.9.2009, zuletzt geändert vor Erlass des GKV-IPReG am 18.6.2020). Inwieweit das schon nach der früheren Rechtslage abschließend galt oder ob etwa auch bei **nachts erforderlicher Beatmung** Anspruch auf Leistungen nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V aF bestehen konnten, hat das BSG letzters offengelassen (vgl. BSG 14.7.2022 – B 3 KR 2/22 R, BeckRS 2022, 26433 Rn. 25). Jedenfalls nunmehr könnte das bei hohen, aber noch unterhalb der Schwelle der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V liegenden Bedarfen an Behandlungspflege beträchtliche Kostenlasten für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen mit sich bringen, für die nach der grundsätzlichen Risikoverteilung an sich die gesetzliche Krankenversicherung einzustehen hat.

Wirksam werden dürfte das trotz der schon zum 29.10.2020 in Kraft getretenen Änderung von § 84 Abs. 1 S. 1 durch das GKV-IPReG (→ Rn. 3) **erst mit dem Inkrafttreten der Neufassung von § 37 Abs. 3 S. 3 zum 31.10.2023** (vgl. Art. 5 Abs. 2 iVm Art. 2 GKV-IPReG). Anders lässt sich jedenfalls die ebenfalls mit dem GKV-IPReG eingefügte Ergänzung von § 37 Abs. 3 S. 3 SGB V nicht verstehen, wonach für hiernach gegebene Ansprüche auf § 37c Abs. 3 SGB V und damit auf die Regelung zum Leistungsumfang bei außerklinischer Intensivpflege verwiesen wird; dem kann nur die Vorstellung zugrunde liegen, dass bis zum Außerkrafttreten von § 37 Abs. 3 S. 3 SGB V in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung ungeachtet des schon zuvor in Kraft getretenen Verweises auf § 37c SGB V in § 84 Abs. 1 S. 1 Ansprüche im Verhältnis zur Krankenkasse noch auf der Grundlage von § 37 Abs. 3 S. 3 SGB V aF bestehen. Bestanden hiernach oder bestehen nach dem 31.10.2023 Ansprüche auf Leistungen zu Lasten der Krankenkassen, bewirkt das in der Rechtsfolge zwar nicht den Wegfall der durch § 41 Abs. 2 S. 1, § 42 Abs. 2 S. 2 und § 43 Abs. 2 S. 1 begründeten **leistungsrechtlichen Zuständigkeit der Pflegekassen für die Behandlungspflege**. Jedoch darf der Aufwand hierfür in solchen Fällen gem. § 82 Abs. 1 S. 3 und § 84 Abs. 1 S. 1 nicht in den Pflegesätzen abgegolten werden. Stattdessen sollen zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Krankenkassen **Vergütungsvereinbarungen in Verträgen nach § 132a Abs. 2 SGB V** getroffen werden (vgl. BT-Drs. 16/3100, 105).

4. Leistungsumfang und -qualität (Abs. 5)

Wie die von den Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Leistungen nach Umfang und Qualität konkret auszuführen sind, ist einrichtungsbezogen durch die **Leistungs- und Qualitätsmerkmale** nach Abs. 5 als **Bestandteil der Pflegesatzvereinbarungen** festzulegen. Das geht zurück auf das Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, das erstmals mit dem PQsG vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) als § 80a neu eingefügt worden war (vgl. hierzu Planholz RsDE 57 (2005), 22 ff.).

Damit sollte eine Lücke geschlossen werden, die zwischen dem regelmäßig allgemein gehaltenen Versorgungsauftrag im Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 1 S. 2 und dem konkreten Versorgungsgeschehen bestanden hat. Zwar sollen die Leistungen der Pflegeversicherung in Anlehnung an den entsprechenden Grundsatz des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V dem „**allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse**“ entsprechen (§§ 28 Abs. 3, 69 S. 1). Jedoch entfällt dieser Maßstab schon mangels hinreichend konsentierter pflegerisch-medizinischer Erkenntnisse jedenfalls bislang immer noch nicht die Standardisierungswirkung, die ihm ursprünglich beigemessen wurde (so etwa auch von BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (203) = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 S. 6 = BeckRS 2001, 40654). Zudem ist eine Vielfalt pflegerischer Ansätze und Standards auch ausdrücklich erwünscht (§ 11 Abs. 2) und – abhängig von dem zu versorgenden Personenkreis – zT ebenso sachlich geboten.

- 16 Ungeachtet dessen bestand bei Kostenträgern und einem Teil der Einrichtungen über längere Zeit ein verbreitetes – und vom BSG bis dahin gefördertes (vgl. BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2001, 40654) – Bestreben, die Vergütung der erbrachten Leistungen an eher **durchschnittlichen Vergütungssätzen** und damit an einem weithin **standardisierten Leistungsbild** auszurichten. Dem hat der Gesetzgeber des PQsG mit dem Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a in der damaligen Fassung in dem Bestreben entgegengewirkt, **einrichtungsindividuelle Pflegestandards** verbindlich zu machen. Das sollte einerseits eine Lösung von dem „Durchschnittswertemodell“ und zum anderen eine verbesserte Kontrolle der von den Einrichtungen tatsächlich erbrachten Leistungen auf der Grundlage der verbindlich festgelegten Standards ermöglichen (vgl. BT-Drs. 14/5395, 20; skeptisch zu den Auswirkungen allerdings Igl SGB 2007, 381 (383)). Schließlich ist dies mit dem PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) in den Regelungszusammenhang des § 84 einbezogen und dazu ein wesentlicher Teil des bisherigen § 80a – bereinigt um aus Sicht der Beteiligten überbürokratische Elemente – in die Abs. 5 und 6 überführt worden (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 16/7439, 71 f.).
- 17 Seither sind die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen **integraler Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen** selbst. Dies betont den von Anfang an angestrebten Zusammenhang zwischen dem **konkretisierten einrichtungsindividuellen Leistungsauftrag** der einzelnen Einrichtung auf der einen und den in den **Pflegesatzverhandlungen festzulegenden Vergütungen** auf der anderen Seite (vgl. BT-Drs. 14/5395, 20). Hiernach sind die Parteien der Pflegesatzvereinbarungen aufgerufen, die für die Vergütung wesentlichen Strukturdaten und den hierdurch bestimmten Leistungsstandard insbesondere im Hinblick auf die personelle und sächliche Ausstattung der Einrichtung als Grundlage der Pflegesatzbestimmung im Pflegesatzverfahren vorab zu bestimmen.
- 18 Seinen Niederschlag findet das in Festlegungen über 1. **die Belegungs- und Leistungsstruktur** und 2. die daraus abgeleitete **personelle und sächliche Ausstattung der Einrichtung** im jeweiligen Pflegesatzzeitraum. Insoweit benennt Abs. 5 als die insbesondere zu vereinbarenden **wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale** die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden (Abs. 5 Nr. 1), die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen (Abs. 5 Nr. 2) und Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern iSv § 82 Abs. 2 Nr. 1 (Abs. 5 Nr. 3). Über diese Abreden werden die zu erbringenden Leistungen einrichtungsbezogen konkretisiert und für alle Beteiligten verbindlich festgelegt, einschließlich etwaiger Besonderheiten, die – gemessen an dem konkreten Versor-

gungsbedarf oder dem angestrebten Versorgungsstandard – Abweichungen in der personellen oder sächlichen Ausstattung nach oben oder unten rechtfertigen.

V. Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze (Abs. 2 und 3)

Zur Vergütung der den allgemeinen Pflegeleistungen zuzurechnenden Leistungen (→ Rn. 7 ff.) haben stationäre Einrichtungen nach § 82 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 iVm Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 Anspruch auf Entgelte „der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger“ (zur Missverständlichkeit dessen → § 82 Rn. 8) nach Maßgabe von Pflegesätzen, die „**leistungsgerecht sein**“ **müssen**. Das sind sie nach näherer Maßgabe von Abs. 2, wenn sie

1. nach dem **Versorgungsaufwand differenzieren**, den Pflegebedürftige nach dem Maß ihrer Pflegebedürftigkeit benötigen, (Abs. 2 S. 2) und
2. die zur Finanzierung dieses Versorgungsaufwands von den Einrichtungen geltend gemachten Aufwendungen **den Bemessungsgrundsätzen von Abs. 2 S. 4–7 und § 82c Abs. 1–3 genügen**:

1. Differenzierung nach Versorgungsaufwand (Abs. 2 S. 2)

Ausdruck der **Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze im Hinblick auf den Versorgungsbedarf** der von der stationären Einrichtung versorgten Pflegebedürftigen ist danach auf einer ersten Ebene deren **Staffelung nach dem typisiertem Versorgungsaufwand** in Abhängigkeit vom Maß der Pflegebedürftigkeit im Einzelfall. Demgemäß waren die Pflegesätze bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach dem „Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt,“ in drei Pflegeklassen einzuteilen, die grundsätzlich den Pflegestufen des § 15 aF folgten (Abs. 2 S. 2 Hs. 1, S. 3 in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung). Entsprechend folgt die Einteilung und mithin der Vergütungsanspruch der Einrichtung nunmehr „den fünf Pflegegraden“ des § 15 Abs. 3 S. 4, ohne dass – wie nach der früheren Rechtslage (vgl. Abs. 2 S. 3 Hs. 2 aF) – eine hiervon abweichende Beurteilung des Versorgungsbedarfs im Einzelfall eröffnet ist.

Dieser Staffelung der Pflegesätze in Abhängigkeit vom individuellen Versorgungsbedarf folgte bei vollstationärer Versorgung bis zum Inkrafttreten des PSG II (→ Rn. 2) und folgt bei teilstationärer Versorgung weiterhin (→ Rn. 22) eine entsprechend **gestaffelte Belastung der Pflegebedürftigen durch den von den ihnen zu tragenden Eigenanteil** an dem durch die Leistungsbeträge der Pflegekassen nach § 43 Abs. 2 S. 2 nicht gedeckten Zahlungsanspruch der Einrichtungen (§ 82 Abs. 2 S. 2). In diesem Sinne wies die Ausgestaltung – und weist sie für den teilstationären Bereich noch immer – eine **Komponente individueller Leistungsgerechtigkeit** insofern auf, als der Vergütungsanteil der Heimbewohner jedenfalls im Grundsatz an dem Aufwand ausgerichtet war, der für **ihre eigene Versorgung** anfiel, wie es für die Belastung der Pflegekassen durch den Sachleistungsanspruch der Versicherten (BSG 16.5.2013 – B 3 P 1/12 R., BSG 113, 250 = SozR 4–3300 § 84 Nr. 3 = BeckRS 2013, 73194 Rn. 9) nach § 43 Abs. 2 S. 2 unverändert weiter gilt.

Diesen Zusammenhang zwischen dem pflegegradabhängigen Pflegesatz und der Belastung der Pflegebedürftigen durch ihren Eigenanteil an den Kosten ihrer Versorgung mit den allgemeinen Pflegeleistungen im oben dargestellten Sinne (→ Rn. 8 ff.) und damit im Ergebnis auch die unmittelbare Bindung des Zahlungsanspruchs der Pflegeeinrichtungen an den Einzelfall maßgebenden Pflegesatz hat der Gesetzgeber mit Einführung des sog. **einrichtungseinheitlichen Eigenanteils** durch das PSG II (→ Rn. 2) für den vollstationären Bereich indes grundlegend

durchbrochen. Maßgebend für die Beteiligung der Heimbewohner an den Kosten der allgemeinen Pflegeleistungen ist danach nicht mehr ihr im Pflegegrad abgebildeter **individueller Versorgungsbedarf**, sondern der durch die **Leistungen der Pflegeversicherung nicht abgedeckte Versorgungsbedarf aller Heimbewohner der jeweiligen Einrichtung**, wozu nach Abs. 2 S. 3 Hs. 1 „bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln“ sind. Unmittelbare vergütungsrechtliche Bedeutung hat der Pflegegrad der Versicherten in der vollstationären Versorgung danach nur noch für den **Leistungsanteil der Pflegekassen**, der sich gem. § 43 Abs. 2 S. 2 wie bisher nach dem Versorgungsbedarf richtet, wie er der Einstufung in die Pflegegrade nach § 15 Abs. 3 S. 4 zugrunde liegt.

- 23 Ungeachtet der Implikationen für die Pflegebedürftigen selbst und deren Beteiligung an den Kosten ihrer vollstationären Versorgung (dazu → Rn. 34 ff.) hat das für den Pflegesatz zur Folge, dass sich die Zahlungsansprüche der Pflegeeinrichtungen im (unmittelbaren) Verhältnis zu Pflegekassen und Heimbewohnern bei vollstationärer Versorgung vom Pflegesatz lösen, weil mit den Leistungsbeträgen nach § 43 Abs. 2 S. 2 nur noch die Pflegekassen Zahlungen in Abhängigkeit zum jeweiligen Pflegegrad zu erbringen haben. Dadurch mutieren die Pflegesätze bei vollstationärer Versorgung **zu reinen Rechengrößen** (zutreffend LPK/Brünner/Höfer Rn. 20; BeckOGK/Weber Rn. 13), die ungeachtet der unveränderten Fassung des Abs. 1 S. 1 allenfalls noch mittelbar als „Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger“ für den den allgemeinen Pflegeleistungen zuzurechnenden Versorgungsaufwand des Einrichtungsträgers angesehen werden können.

2. Bemessungskriterien (Abs. 2 S. 4–7, § 82c Abs. 1–3)

- 24 Nach der zentralen Bemessungsnorm des Abs. 2 S. 4 müssen die Pflegesätze auf der 2. Ebene der Leistungsgerechtigkeit (→ Rn. 19) „**einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos**“. Nach dieser der Sache nach schon in der Ursprungsfassung der Vorschrift angelegten und vom Gesetzgeber im Laufe der Zeit weiter ausgeformten Anforderungen haben sich Maßgaben für die Pflegesatzbemessung wie folgt herausgebildet:
- 25 **a) BSG 14.12.2000 – Marktpreismodell.** Anfänglich hat sich das BSG bei der Auslegung dieser Maßstäbe – ursprünglich noch ohne die mit dem PSG I (vgl. → Rn. 1) eingeführte Maßgabe des Abs. 2 S. 5 (nunmehr § 82c Abs. 1) – zur Rechtslage vor Einführung der einrichtungseinheitlichen Zuzahlung wesentlich von einem **Marktpreismodell** leiten lassen. Maßgebend hierfür war die Erwägung, dass der vom Gesetzgeber angestrebte Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen (vgl. BT-Drs. 12/5262, 136 zu § 81 Abs. 3) bei weitgehend standardisierten Pflegeleistungen die Ausbildung angemessener Marktpreise mit im Wesentlichen einheitlichen Durchschnittsvergütungen befördern würde. Zwar seien auch wettbewerbsfremde Elemente eingeführt worden. Dennoch würden die insgesamt gesehen wettbewerbliche Ausrichtung und das Gewinnstreben der Unternehmer dafür sorgen, dass die Pflegeleistungen möglichst kostengünstig angeboten würden. Kontrollinteressen der Kassen könnten nur dahin bestehen, dass die erbrachten Leistungen dem Angebot und den zu stellenden Qualitätsanforderungen entsprechen. Leistungsgerechte Vergütung iSv § 84 Abs. 2 S. 1 sei deshalb in erster Linie der für vergleichbare Leistungen verlangte Marktpreis. Als Methode der Wahl zu dessen Feststellung hat das BSG demgemäß den externen Vergleich der beanspruchten Vergütung mit den Vergütungen anderer Einrichtungen mit vergleichbarem Leistungsangebot angesehen. Den Gestehungskosten hat es Bedeutung dagegen nur für den Fall beigemessen, dass ein üblicher Marktpreis nicht ermittelt werden kann, weil entweder eine hinrei-

chend große Zahl von vergleichbaren Angeboten nicht vorliegt oder weil die zu vergleichenden Einrichtungen Unterschiede der Qualität nach aufweisen (vgl. insbesondere BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (203) = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 S. 6 = BeckRS 2001, 40654 Rn. 21).

b) BSG 29.1.2009 – Plausible Gestehungskosten und externer Vergleich. 26

Dieses Marktpreiskonzept hat das BSG mit **Urteilen vom 29.1.2009** (grundlegend BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2009, 68260) aufgegeben. Zwar ist es dabei weiter von einem marktorientierten Versorgungskonzept als Rahmen der Pflegesatzbemessung ausgegangen. Ansprüche nach einem reinen Selbstkostendeckungsprinzip anerkannte es deshalb weiterhin nicht. Jedoch kommt es nach dieser Rechtsprechung mehr als früher auf den **plausiblen Nachweis der Gestehungskosten** an. Rechtsgrundlage hierfür sind die **verfahrensrechtlichen Maßgaben des § 85 Abs. 3 S. 2–4**, wonach das Pflegeheim vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen geeignete Nachweise für Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die eine Vergütung beansprucht wird, darzulegen hat, ggf. ergänzt durch zusätzliche Unterlagen bis hin zum Jahresabschluss im Rahmen der Pflegebuchführung (vgl. → § 85 Rn. 6 ff.). Diesen Nachweispflichten misst das BSG nunmehr größere Bedeutung zu, nachdem mit Einführung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a idF des PQsG vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320, nunmehr Abs. 5, dazu → Rn. 9 f.) und nachfolgend weiteren Regelungen das Bestreben des Gesetzgebers nach stärkerer Ausdifferenzierung der Pflegevergütungen erkennbar worden ist.

Dem hat das BSG einen Hinweis darauf entnommen, dass sich die ursprünglichen 27 Erwartungen (auch) des Gesetzgebers an ein wettbewerbsorientiertes Leistungserbringungsrecht nicht wie gewünscht bestätigt hätten. Unter diesen Umständen hat es keine Grundlage mehr für seine frühere Annahme gesehen, dass der Markt überhöhten Vergütungsforderungen und mangelhafter Pflegequalität hinreichend entgegenwirken werde und es deshalb – ohne Berücksichtigung der prognostischen Gestehungskosten – in erster Linie auf die Feststellung von Marktpreisen ankommt (so noch BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (203) = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 S. 6 = BeckRS 2001, 40654 Rn. 20 ff.). Anstelle des Marktpreismodells hat das BSG deshalb der Gesamtschau der formellen Maßgaben nach § 85 Abs. 3 S. 2–4 und der materiellen Vorgaben des Abs. 2 S. 1 und 4–8 ein **zweigliedriges Prüfungsmuster** entnommen. Ziel war die Feststellung, ob die Pflegesatzforderung der Einrichtung erstens auf **nachvollziehbaren Gestehungskosten** beruht und zweitens auch einem **Vergütungsvergleich mit anderen Einrichtungen** standhält und deshalb marktgerecht ist. Anstelle der Feststellung des Marktpreises ist demnach die Prüfung getreten, ob die Pflegesatzforderung im Verhältnis erstens zum voraussichtlichen eigenen Aufwand der Einrichtung und zweitens zur Vergütung vergleichbarer Leistungen anderer Träger als angemessen erscheint (grundlegend BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2009, 68260).

c) **Plausibilisierung der Gestehungskosten.** Formelle Grundlage dieser 28 zweistufigen Prüfung sind auf der **1. Stufe die Nachweispflichten**, die schon zum Zeitpunkt der Entscheidungen vom 29.1.2009 im Einzelnen in § 85 Abs. 3 S. 2–4 ausgeformt waren und die der Gesetzgeber bei unveränderter Geltung im Übrigen mit dem PSG III (→ Rn. 2) in § 85 Abs. 3 zwischenzeitlich durch die Regelung des S. 5 weiter ausgebaut hat (zu den Motiven BT-Drs. 18/10510, 114). Ihnen hat das BSG die Obliegenheit zunächst des Pflegeheimes entnommen, seine Pflegesatzforderung mit einer **plausiblen Prognose** seiner voraussichtlichen Gestehungskosten zu unterlegen. Hierauf aufbauend hat es den Pflegekassen aus der Treuhänderstellung im Verhältnis zu den Versicherten (BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (201) = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 S. 4 = BeckRS 2001, 40654) die Rechtspflicht

zugewiesen, die von der Einrichtung vorgelegte Kalkulation in sich und ggf. auch im Vergleich mit den Werten anderer Einrichtungen auf **Schlüssigkeit und Plausibilität** darauf zu überprüfen, ob die Kostenkalkulation eine nachvollziehbare Grundlage für die vergleichende Bewertung auf der zweiten Prüfungsstufe sein kann. Ist das nicht der Fall, haben die Pflegekassen den Einrichtungsträger substantiiert auf Unschlüssigkeiten im eigenen Vorbringen hinzuweisen oder durch geeignete Unterlagen anderer Einrichtungen mit Verweis auf deren Kostenstruktur konkret darzulegen, dass die aufgestellte Kalkulation der voraussichtlichen Gestehekskosten nicht plausibel erscheint. Ist die Kostenprognose der Einrichtung durch ein solches substantiiertes Vorbringen der Kostenträger in Zweifel gezogen, muss die Einrichtung wiederum im Nachweisverfahren nach § 85 Abs. 3 S. 3, S. 4 sowie – nach Inkrafttreten des PSG III – auch S. 5 weitere Belege dafür beibringen, dass ihre Vergütungsforderung auf einer plausiblen und nachvollziehbaren Kalkulation der voraussichtlichen Gestehekskosten beruht (grundlegend BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2009, 68260 Rn. 25 ff.; letztens BSG 19.4.2023 – B 3 P 2/22 R, BeckRS 2023, 9426 Rn. 13 ff.).

- 29 **d) Externer Vergleich.** Materielle Grundlage der Prüfung auf der **2. Prüfungsstufe** ist Abs. 2 S. 1 und 4–7. Als entscheidend erachtet es das BSG, dass die Pflegesätze erstens wirtschaftlicher Betriebsführung entsprechen müssen (Abs. 2 S. 4) und zweitens die Pflegesätze der Einrichtungen angemessen berücksichtigt werden können, die im Wesentlichen gleichartig sind (Abs. 2 S. 7). Daraus hat es als materiellen Maßstab **den generalisierten Vergütungsbedarf eines idealtypischen und wirtschaftlich operierenden Pflegeheims** abgeleitet (Verweis auf BVerwG 1.12.1998 – 5 C 17.97, BVerwGE 108, 47 (55) = BeckRS 1998, 30036549 zur inhaltsgleichen Klausel des § 93 Abs. 2 S. 2 BSHG idF des 2. SKWPG vom 21.12.1993, BGBl. I 3374). Hierzu hat es die im externen Vergleich nach Abs. 2 S. 7 berücksichtigungsfähigen Pflegesätze anderer Einrichtungen als Vergleichsgröße zur Angemessenheitskontrolle nach § 84 Abs. 2 S. 4 herangezogen, nicht mehr aber – wie nach den Urten vom 14.12.2000 (grundlegend BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (203) = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 S. 6 = BeckRS 2001, 40654) – als unmittelbar verbindliche Bestimmungsgröße des Pflegesatzes. Hierbei hat das BSG **drei Fallgruppen** unterschieden: Stets als leistungsgerecht anzusehen sind Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung, die über die **günstigsten Eckwerte** vergleichbarer Einrichtungen nicht hinausreichen. Ebenfalls ohne weitere Prüfung regelmäßig als leistungsgerecht erachtet hat es in analoger Anwendung der Festbetragsregelung des § 35 Abs. 5 S. 4 SGB V die Pflegesatz- und Entgeltforderungen **im unteren Drittel** der vergleichsweise ermittelten Pflegesätze. Schließlich kann sich eine Vergütungsforderung auch **oberhalb des unteren Drittels** vergleichbarer Pflegevergütungen als leistungsgerecht erweisen, sofern sie auf einem – zuvor nachvollziehbar prognostizierten – höheren Aufwand der Pflegeeinrichtung beruhte und dieser nach Prüfung im Einzelfall **wirtschaftlich angemessen** war. Davon ist das BSG ausgegangen, soweit die Einrichtung Gründe für einen höheren Pflegesatz oder ein höheres Entgelt für Unterkunft und Verpflegung aufgezeigt hat und diese den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung entsprach. Solche Gründe für einen als wirtschaftlich angemessen anzusehenden höheren Aufwand hat das BSG insbesondere in **Besonderheiten im Versorgungsauftrag der Einrichtung** gesehen, etwa aus besonders personalintensiven Betreuungserfordernissen, aus besonderen Leistungsangeboten zugunsten der Heimbewohner oder einem in der Pflegequalität zum Ausdruck kommenden höheren Personalschlüssel (vgl. BT-Drs. 16/7439, 71 zu Nr. 50 Buchst. a bb).

- 30 Bei diesem Verständnis der Bemessungsgrundsätze erscheinen auch Fragen in einem anderen Licht, die sich mit den **Gesetzesmaterialien zu Abs. 2 S. 7** verbinden können. Nach dem Ziel der mit dem PflegeWEG eingeführten Regelung „verpflich-

tet“ sie Vertragsparteien zur „angemessenen Berücksichtigung der Pflegesätze derjenigen Einrichtungen [...], die im Wesentlichen gleichartig sind“. Damit verbinde sich eine Einschränkung der Rechtswirkungen der Urteile vom 14.12.2000 (vgl. → Rn. 25) dahin, dass deren Grundsätze und Maßstäbe „nicht gegen den Willen einer Vertragspartei, sondern nur noch auf gemeinsamen Wunsch aller Vertragsparteien zur Anwendung kommen dürfen“ (BT-Drs. 16/7439, 71). Das könnte so erscheinen, als sei der Vergleich mit den Vergütungen anderer Träger für die Einrichtungen disponibel. Das ist indes mit dem von der Regelung verfolgten Zweck unvereinbar. Wie die Materialien erweisen („Vertragsparteien werden zur angemessenen Berücksichtigung der Pflegesätze derjenigen Einrichtungen verpflichtet, die im Wesentlichen gleichartig sind“), sollen die Einrichtungen nicht von jeglichem Vergleich freigestellt werden, sondern nur von dem Vergleich mit Einrichtungen, von denen sie sich in wesentlicher Hinsicht unterscheiden. Insofern stehen die Regelung und ihre Begründung in einer Linie mit der bereits bei früheren Änderungen des Vergütungsrechts erkennbar gewordenen Bestrebung des Gesetzgebers, zu einer stärkeren **Differenzierung der Pflegevergütungen zu gelangen** (vgl. → Rn. 26): Einrichtungen sollen dann keine Vergütung nach dem durchschnittlichen Marktpreis beanspruchen können, wenn entweder ihre Leistung nicht dem durchschnittlichen Standard entspricht oder ihre Gestehungskosten unter dem durchschnittlichen Aufwand anderer Träger liegen. Beidem wirken die Urteile des BSG vom 29.1.2009 (→ Rn. 26) entgegen. Die stärkere Koppelung der Pflegesätze an die voraussichtlichen Gestehungskosten und die Möglichkeit, auch überdurchschnittliche Pflegesatzforderungen als hinreichend wirtschaftlich zu qualifizieren, erlaubt eine stärkere Ausdifferenzierung der Pflegesätze und die Beschränkung unberechtigter Wettbewerbsvorteile. Das BSG hat Abs. 2 S. 7 deshalb ähnlich verstanden wie die vergleichbare Norm des § 17 Abs. 2 S. 2 KHG in der bis zum 31.12.2012 geltenden, durch Art. 1 Nr. 1a des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen aufgehobenen Fassung (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 17/8986, 31), wonach galt, dass bei der Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität die Vergütungen vergleichbarer Krankenhäuser angemessen zu berücksichtigen „sind“.

e) Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen (§ 82c). Mehr noch als bis dahin rückten mit dieser Rspr. und ihrer zentralen Maßgabe, dass die „Einhaltung der Tarifbindung und die Zahlung ortsüblicher Gehälter [...] immer als wirtschaftlich angemessen zu werten“ sind (BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2009, 68260 Rn. 28) Fragen zur Plausibilisierung und Bewertung von **Personalaufwendungen der Pflegeeinrichtungen** in den Vordergrund der Auseinandersetzungen um die Bestimmung der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (vgl. dazu etwa BSG 16.5.2013 – B 3 P 2/12 R, BSGE 113, 258 = SozR 4–3300 § 84 Nr. 3 = BeckRS 2013, 17173 Rn. 15 ff.). Das hat den Gesetzgeber veranlasst, zunächst mit dem PSG I (→ Rn. 1) ausdrücklich zu bekräftigen, dass die **Zahlung tariflicher Vergütungen oder entsprechender Gehälter im kirchlichen Bereich nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf** (Abs. 2 S. 5 idF des PSG I; vgl. BT-Drs. 18/2909, 44), um dies schließlich mit Einführung der sog. **Tariftreuregelung in § 72 Abs. 3b** (→ § 72 Rn. 7 ff.) in die durch das GVWG (→ Rn. 3) neu begründete Regelung des § 82c zu überführen und weiter auszugestalten. Darin kann zwar wie bis dahin keine vollständige Abkehr von dem ursprünglich mit Einführung des SGB XI verfolgten Ziel gesehen werden, die Vergütungsregelungen des SGB XI mit dem Maßstab der Leistungsgerechtigkeit vom Kostendeckungsprinzip alten Rechts zu lösen (vgl. dazu BSG 16.5.2013 – B 3 P 2/12 R, BSGE 113, 258 = SozR 4–3300 § 84 Nr. 3 = BeckRS 2013, 17173 Rn. 19). Spätestens mit der weiteren Ausformung der mit dem PSG I eingeführten Vorgabe in (damals) Abs. 2 S. 5 durch die Neuregelung des § 82c dürfte allerdings nicht mehr ernstlich in Zweifel stehen, dass **Tarifgehälter oder entsprechende**

Zahlungen regelmäßig nicht zu beanstanden sind und etwaige Kappungen beim externen Vergleich (→ Rn. 34) an anderen Positionen anzusetzen haben (ebenso BeckOGK/Weber Rn. 4: „Soweit vereinzelt noch letzte Zweifel [...] bestanden haben sollten, dürften diese nun ausgeräumt sein“). Die Einzelheiten dessen bestimmen sich nunmehr nach § 82c (→ § 82c Rn. 4 ff.).

- 32 **f) Angemessene Gewinnchancen (Abs. 2 S. 4).** Seit den Urt. des BSG vom 14.12.2000 (vgl. → Rn. 25) ist in der Rspr. geklärt, dass die Pflegeeinrichtungen die Chance zur Realisierung eines angemessenen Gewinns geben müssen; das folgt schon aus Abs. 2 S. 5, wonach **Überschüsse dem Pflegeheim verbleiben und Verluste von ihm zu tragen sind** (BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R., BSGE 87, 199 = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 S. 6 = BeckRS 2001, 40654 Rn. 21). Nach erneuter Bestätigung dessen (BSG 16.5.2013 – B 3 P 2/12 R., BSGE 113, 258 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 4 = BeckRS 2013, 71713 Rn. 26) hat sich der Gesetzgeber das mit der durch das PSG III in Abs. 2 S. 4 SGB XI eingefügten Wendung „**unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos**“ ausdrücklich zu eigen gemacht. Allerdings hat er den vom BSG 2013 konstatierten Befund, dass dem Bundesrecht nähere Vorgaben zur Bemessung dieser Gewinnchance nicht zu entnehmen sind, nicht zum Anlass zu deren näherer Ausformung genommen; die Gesetzesbegründung erschöpft sich vielmehr weitgehend in der Wiedergabe der entsprechenden Ausführungen des BSG, ohne dass dem weitere Anhaltspunkte zu entnehmen wären (vgl. BT-Drs. 18/10510, 116 f.). Dem entsprechend hat sich das BSG jüngst nochmals als gehindert angesehen, dem Postulat der Gewinnchance nähere bundesrechtliche Vorgaben zu entnehmen (BSG 19.4.2023 – B 3 P 6/22 R., BeckRS 2023, 9428 Rn. 24). Wie bis dahin geht es vielmehr weiter davon aus, dass der geltenden Rechtslage **kein Anspruch auf schematisch feste Gewinnerwartungen** zu entnehmen ist, sondern dass es auf die Umstände des Einzelfalls ankommt. Der Anknüpfung an das Unternehmerrisiko („unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos“) hat es vielmehr entnommen, dass der Gesetzgeber die Bemessung der angemessenen Gewinnchancen einer Pflegeeinrichtung in erster Linie an den Wagnissen ausgerichtet hat, die sie nach den Umständen und der konkreten betrieblichen Ausgestaltung im Interesse ihres Versorgungsauftrags jeweils eingeht (BSG 19.4.2023 – B 3 P 6/22 R., BeckRS 2023, 9428 Rn. 25).
- 33 In diesem Rechtsrahmen ist es von den Vertragspartnern grundsätzlich hinzunehmen, wenn die Schiedsstelle im **Rahmen ihres Beurteilungsspielraums nach ihrem Ermessen in vertretbarer Weise mit der Festsetzung der Pflegevergütung zugleich die Grundlage für die Realisierung von Gewinnaussichten** setzt. Dies kann **entweder über einen festen umsatzbezogenen Prozentsatz geschehen oder auch über die Auslastungsquote gesteuert werden**; diese muss im Vergleich mit den anderen Einrichtungen im jeweiligen Bezugsraum allerdings so realistisch angesetzt werden, dass sie bei ordnungsgemäßer Betriebsführung zu einem angemessenen Unternehmensgewinn führen kann. Im Übrigen kann es darauf ankommen, ob Unternehmensrisiken schon in den prospektiven Gestehekosten berücksichtigt oder auf Dritte verlagert sind (BSG 19.4.2023 – B 3 P 6/22 R., BeckRS 2023, 9428 Rn. 26).

VI. Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (Abs. 2 S. 3)

1. Ablösung der pflegegradbezogenen Beteiligung bei vollstationärer Versorgung

- 34 Seit dem PSG II (→ Rn. 2) bemisst sich die Beteiligung der Heimbewohner an dem den allgemeinen Pflegeleistungen zuzurechnenden Aufwand (→ Rn. 8 ff.) bei

vollstationärer Versorgung mit dem sog. einrichtungseinheitlichen Eigenanteil **nach einem einrichtungseinheitlichen Maßstab** und nicht mehr wie bis dahin nach ihrem individuellen Pflegegrad und dem darin typisiert abgebildeten **individuellen Versorgungsbedarf**. Maßgebend ist danach nunmehr **der durch die Leistungen der Pflegeversicherung nicht abgedeckte Versorgungsbedarf aller Heimbewohner der jeweiligen Einrichtung**, wozu nach Abs. 2 S. 3 Hs. 1 „bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln“ sind, weshalb der Pflegesatz bei vollstationärer Versorgung zu einer reinen Rechengröße mutiert ist (näher dazu → Rn. 20 ff.).

Leitend für diese Änderung war ein **Bündel von Motiven**. Als Vorteil für die Heimbewohner wurde vor allem hervorgehoben, dass der Eigenanteil bei zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht ansteigt und für die finanzielle Planung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Sicherheit geschaffen werde (vgl. BT-Drs. 18/5926, 137). Das ist nicht gering zu schätzen, reichte doch bis dahin die Spanne der Eigenanteile von durchschnittlich zuletzt 391 EUR in Pflegestufe I bis zu 815 EUR in Pflegestufe III (vgl. Rothgang/Kalwitzki/Müller/Runte/Unger, BARMER GEK Pflegereport 2015, S. 54 Tabelle 3.8). Deshalb wurde die Neuregelung auch als Ablösung der als sozialpolitisch unbefriedigenden Situation begrüßt, dass die eigene finanzielle Belastung ausgerechnet für die Pflegebedürftigen am höchsten war, die den höchsten Pflegebedarf aufwiesen (vgl. Rothgang/Kalwitzki/Müller/Runte/Unger, BARMER GEK Pflegereport 2015, S. 52). Zudem war nach dem alten System bei steigendem Pflegebedarf der Zielkonflikt zwischen dem Interesse der Einrichtungen an einer leistungsgerechten höheren Vergütung und dem gegenläufigen Interesse der Bewohner, höhere Zuzahlungen bei angehobener Pflegestufe zu vermeiden, schwer beherrschbar (dazu → 4. Aufl. 2015, Rn. 20 ff.; hierauf verweisend BT-Drs. 18/5926, 137). Jenseits dessen dürfte für den Gesetzgeber das Bestreben entscheidend gewesen sein, dass beim Umstieg auf das neue Bemessungssystem grundsätzlich niemand höhere Zuzahlungen leisten sollte. Das erschien nach den Materialien ohne die Umstellung für Pflegebedürftige mit **erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz** nicht möglich (vgl. BT-Drs. 18/5926, 137).

Auf der Negativseite steht freilich zunächst die **höhere Belastung** beim Wechsel in die stationäre Versorgung für Versicherte mit **geringen Pflegegraden**. Macht dies die Inanspruchnahme stationärer Leistungen unattraktiver, könnte dies zwar einerseits im Interesse des Gesetzgebers liegen (vgl. Udsching jurisPR-SozR 6/2016 Anm. 1 S. 4). Andererseits könnten die Zuzahlungsbeträge für die verbleibenden Heimbewohner steigen, wenn weniger Versicherte mit geringen Pflegegraden in die stationäre Versorgung wechseln und deshalb ihr Querfinanzierungsanteil wegfällt. Vor allem aber wird die Pflegesatzkalkulation aus Sicht sowohl der Einrichtungen als auch der Bewohner **unsicherer werden**, nachdem die Pflegesätze nunmehr auch von der Belegungsstruktur (Rothgang/Kalwitzki/Müller/Runte/Unger, BARMER GEK Pflegereport 2015, S. 52: Pflegegrad-Mix) abhängen und deren Bestand möglicherweise nicht sicher abzuschätzen ist. Das kann einerseits für die Einrichtung Nachteile haben, wenn mehr Heimbewohner mit höherem Pflegebedarf zu versorgen sind als vorausschauend angenommen und deshalb die Pflegesätze ihren Aufwand nicht mehr decken. Umgekehrt kann die Inanspruchnahme aus Sicht der Heimbewohner zu hoch werden, wenn die Zahl der Heimbewohner mit höherem Pflegebedarf und infolgedessen auch der Aufwand der Einrichtung zurückgehen. Das belastet die Pflegesatzverhandlungen zwangsläufig mit weiteren Risiken, auf deren Steuerung das bisherige Regelungsinstrumentarium des § 84 mit der strikten Relation von definiertem Aufwand (insbesondere mit den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen nach Abs. 5 und den Verpflichtungen nach Abs. 6) und Pflegesatz wenig ausgerichtet ist.

2. Bemessungsfaktoren

- 37 Auch sonst hat der Übergang zum Konzept der einrichtungseinheitlichen Zuzahlung in den Vorgaben zum Begriff des Pflegesatzes und seiner Bemessung in § 84 überraschend wenig Ausdruck gefunden. Mit dem PSG II (→ Rn. 2) hinzugefügt wurde ausschließlich die Angabe in S. 3 Hs. 1, dass ausgehend von der durch S. 2 vorgegebenen Einteilung der Pflegesätze in fünf Pflegegrade „**bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln**“ sind. Ansonsten ist es dem Wortlaut nach bei den Maßstäben geblieben, die gem. Abs. 2 schon vor der Rechtsänderung galten und nunmehr durch S. 4–7 sowie durch § 82c Abs. 1–3 vorgegeben sind.
- 38 Wie die sonach grundsätzlich fortgeltenden Anforderungen an die **Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze** unter den geänderten Zuzahlungsbedingungen künftig in den Pflegesatzverhandlungen umzusetzen sind, hat der Gesetzgeber damit jedenfalls bislang den Pflegesatzparteien belassen. Ersatzweise geltende Vorgaben bestanden nur für die Überleitung der Pflegesätze auf das neue Vergütungssystem in den zwischenzeitlich wieder außer Kraft getretenen **Vorschriften der §§ 92c–92f**. Hiernach war im Rahmen der Übergangsvorschriften zunächst die Fortgeltung der ab dem 1.1.2016 geltenden Pflegesatzvereinbarungen bis zum 31.12.2016 angeordnet (§ 92c S. 1 aF) und den Pflegesatzparteien aufgegeben worden, für den Übergang ab dem 1.1.2017 neue Pflegesätze im Hinblick auf die neuen fünf Pflegegrade nach Möglichkeit selbst zu vereinbaren (§ 92c S. 3 aF), wofür die Pflegesatzkommission nach § 86 das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren bestimmen konnte (§ 92c S. 5 aF). War danach bis zu drei Monate vor dem 1.1.2017 noch keine neue Vereinbarung für ein Pflegeheim geschlossen worden, sollten Pflegesätze nach den Maßgaben näherer Vorgaben des § 92e gelten (§ 92d aF). Hiernach war die Umrechnung der alten Pflegesätze nach einer Formel vorgesehen, in der aus dem Gesamtbetrag der einer Einrichtung zum 30.9.2016 zustehenden Pflegesätze und der Verteilung der Heimbewohner auf die Pflegegrade der einrichtungseinheitliche Eigenanteil abzuleiten war (§ 92e Abs. 2 S. 3 aF). Die übergeleiteten Pflegesätze ergaben sich danach als Summe aus dem Leistungsbetrag nach § 43 und dem in allen Pflegegraden gleich hohen Zuzahlungsbetrag der Heimbewohner (§ 92e Abs. 2 S. 2 aF).
- 39 Diese Überleitungsformel kann ungeachtet ihres Außerkrafttretens am 30.6.2017 (Art. 8 Abs. 4 PSG II → Rn. 2) **weiter als Modell für die Pflegesatzermittlung** gelten. Sollen die Pflegesätze am voraussichtlichen tatsächlichen Versorgungsaufwand der einzelnen Einrichtung ausgerichtet sein, muss bei einrichtungseinheitlichen Zuzahlungen der Heimbewohner neben den voraussichtlichen Gestehungskosten je Pflegegrad auch die **Bewohnerstruktur, also die Verteilung der Pflegegrade auf die Heimbewohner**, in den Pflegesatz eingehen. Obwohl das im nahezu unveränderten Wortlaut von § 84 so keinen ausdrücklichen Niederschlag findet, ist deshalb für die Leistungsgerechtigkeit der Pflegesätze einer Einrichtung maßgebend, welchen wirtschaftlichen Aufwand sie voraussichtlich für die allgemeinen Pflegeleistungen in den verschiedenen Pflegegraden haben wird und wie viele Heimbewohner voraussichtlich in welchem Pflegegrad zu versorgen sein werden. Aus dem hieraus zu berechnenden voraussichtlichen Gesamtaufwand der Einrichtung und der Gesamtsumme der voraussichtlichen Leistungsbeträge der Pflegekassen entsprechend der voraussichtlichen Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade kann danach in Entsprechung der Formel von § 92e Abs. 2 S. 3 aF der einrichtungseinheitliche Eigenanteil der Heimbewohner ermittelt werden, der zusammen mit den Leistungen der Pflegekassen zur Deckung des Aufwands der Einrichtung nötig sein wird. Als leistungsgerecht iSv Abs. 2 S. 1 erweisen sich die Pflegesätze einer Einrichtung nach neuem Recht demnach dann, wenn sie in der **Summe der voraussichtlichen Leistungsbeträge der Pflegekassen** und der erwarteten

einrichtungseinheitlichen Zuzahlungen der Heimbewohner eine nach den Kriterien von Abs. 2 S. 4–7 sowie § 82c Abs. 1, Abs. 2 S. 1 sowie Abs. 3 **angemessene Vergütung des voraussichtlichen Gesamtaufwands** zu deren Versorgung erlauben.

Daraus ergibt sich ein **dreistufiges Verfahren der Bestimmung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils bei vollstationärer Versorgung**: Zunächst sind 40

- (1.) **leistungsgerechte Vergütungsansätze bezogen die fünf Pflegegrade** zu ermitteln, die der Einrichtung bei jedem Pflegegrad iSv Abs. 2 S. 4 die Erfüllung ihres Versorgungsauftrags ermöglichen sollen (→ Rn. 24 ff.). Sodann ist
- (2.) die voraussichtliche Verteilung der Pflegegrade unter den Heimbewohnern abzuschätzen (→ Rn. 41 f.). Schließlich ist
- (3.) daraus nach der Formel des § 92e Abs. 2 S. 3 aF (→ Rn. 38) abzuleiten, wie hoch der **einrichtungseinheitliche Eigenanteil der Heimbewohner** zur Deckung des voraussichtlichen Gesamtaufwands der Einrichtung ausfallen muss (→ Rn. 43).

3. Voraussichtliche Pflegegradverteilung

Zusätzlich zur Bestimmung des voraussichtlichen Aufwands zur Versorgung der Pflegebedürftigen nach den verschiedenen Pflegegraden (→ Rn. 24 ff.) erfordert 41 die Umstellung auf die einrichtungseinheitliche Zuzahlung der Pflegebedürftigen für die Pflegesatzbemessung die Abschätzung, **wie sich voraussichtlich die Pflegegrade auf die Heimbewohner verteilen werden**. Nur hieraus kann einerseits der **voraussichtliche Gesamtaufwand der Einrichtung** abgeleitet werden, der durch die Summe von Leistungsbeträgen der Pflegekassen und einheitlicher Zuzahlung der Heimbewohner leistungsgerecht iSv Abs. 2 S. 1 vergütet werden soll. Und nur mit dieser Verteilung lässt sich die Summe der Leistungsbeträge der Pflegekassen ermitteln, die für die Berechnung des einrichtungseinheitlichen Zuzahlungsbetrags der Heimbewohner benötigt wird.

Obwohl die voraussichtliche Pflegegradverteilung im Konzept der einrichtungseinheitlichen Zuzahlung danach erhebliche Bedeutung hat, findet das in den Pflegesatzbemessungsvorschriften der §§ 84 ff. jedenfalls bis jetzt keinen ausdrücklichen Niederschlag. Nur im Zusammenhang mit der Überleitung der Pflegesätze auf das neue Recht hatten die Einrichtungen nach der zum 30.6.2017 wieder außer Kraft getretenen Regelung des § 92f Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Auskunft zu geben über „die Aufteilung der maßgeblichen Heimbewohnerzahl entsprechend ihrer bisherigen Einstufung und der Angabe zum Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz“. Entsprechendes findet sich in den Vorgaben des § 85 zu den Auskunftspflichten der Einrichtungen für die Pflegesatzverhandlungen bislang nicht ausdrücklich. Dennoch kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die Einrichtungen auch nach der geltenden Fassung von § 85 Abs. 3 Angaben über die Verteilung der Pflegegrade unter den Heimbewohnern zu machen hat, zumal sie den Pflegekassen ohnehin bekannt sind. Ausgehend hiervon wird abzuschätzen sein, wie sich die Verteilung zukünftig voraussichtlich entwickeln wird und inwieweit Änderungen in die eine oder andere Richtung plausibel erscheinen. Dabei wird das Augenmerk im Interesse sowohl der Einrichtungen als auch der Pflegebedürftigen darauf liegen müssen, dass die **Schätzung die voraussichtliche Entwicklung möglichst realitätsgerecht erfassen kann**. 42

4. Ermittlung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils

Ausgehend von dem als leistungsgerecht anzusehenden Berechnungsansatz für die Versorgung in den verschiedenen Pflegegraden und ihrer voraussichtlichen Verteilung unter den Heimbewohnern (→ Rn. 41 f.) kann schließlich der einrich- 43

tungseinheitliche Eigenanteil ermittelt werden, der zusammen mit den Leistungsbeträgen der Pflegekassen den voraussichtlichen Gesamtaufwand der Einrichtung iSv Abs. 2 S. 1 leistungsgerecht zu decken vermag. Dazu ist in Anlehnung an die Formel von § 92e Abs. 2 S. 3 aF (→ Rn. 38) der voraussichtliche Aufwand je Pflegegrad mit der für diesen Pflegegrad erwarteten Zahl der Heimbewohner zu multiplizieren und hiervon die Summe der mit der mit dieser Zahl multiplizierten Leistungsbeträge der Pflegekassen nach § 43 bzw. § 42 abzuziehen und diese Differenz durch die erwartete Zahl von Heimbewohnern zu teilen; das ergibt die durchschnittlich erforderliche zusätzliche Beteiligung der Heimbewohner an den nicht durch die Leistungen der Pflegekassen gedeckten erwarteten Gesamtkosten der Einrichtung.

VII. Bindungswirkungen für die Einrichtungen (Abs. 6 und 7)

- 44 Durch das PflegeWEG und das PSG I (→ Rn. 1) ist § 84 um Pflichten für die Einrichtungen ergänzt worden, die nicht der Pflegesatzbemessung zuzurechnen sind, sondern Folgepflichten der Einrichtung begründen. Danach sind die Einrichtungen zum einen verpflichtet, die vereinbarte Personalausstattung jederzeit „sicherzustellen“ (Abs. 6) und zum anderen, ihr Personal nach Tarifvertrag bzw. in Orientierung daran zu vergüten (Abs. 7). Damit zieht der Gesetzgeber die Konsequenz daraus, dass beide Umstände für die Bemessung der Vergütung erhebliche Bedeutung haben. Jedoch sind beide Regelungen nicht konsequent zu Ende ausgeformt worden. Offen bleibt nämlich, welche Folgen es hat, wenn die Einrichtungen diesen Verpflichtungen nicht nachkommen, und vor allem ab welcher Schwelle die Abweichung erheblich sein soll. Insbesondere bei krankheitsbedingten Personalausfällen oder bei Personalfluktuationswirft dies nicht einfach zu beantwortende Abgrenzungsfragen auf. Rechtliche Konsequenzen – von dem Extremfall der Kündigung nach § 74 abgesehen – ordnet das SGB XI nur im Rahmen der Vorschriften zur Qualitätssicherung an, die nach § 115 Abs. 3 eine Vergütungskürzung bei Verstößen gegen Verpflichtungen insbesondere zur qualitätsgerechten Leistungserbringung vorsieht. Aus dieser Zuordnung hat das BSG geschlossen, dass Personalunterdeckungen grundsätzlich nur bei Qualitätsmängeln eine Vergütungskürzung rechtfertigen und dass die Feststellung solcher Mängel ausnahmsweise nur dann entbehrlich ist, wenn die Unterdeckung ersichtlich gravierend ist (angenommen ab einem Abweichen von monatlich 8 %) oder wenn es Anhaltspunkte für einen vorsätzlichen Verstoß des Einrichtungsträgers gibt (BSG 12.9.2012 – B 3 P 5/11 R., BSGE 112, 1 = SozR 4–3300 § 115 Nr. 1 = BeckRS 2012, 75740; dazu im Einzelnen und zur Kritik hieran → § 115 Rn. 16).

VIII. Vergütungszuschläge (Abs. 8 und 9)

- 45 Mit dem PSG II (→ Rn. 2) hat der Gesetzgeber die bis dahin als § 87b nur in das Vergütungsrecht aufgenommene Vorschrift zu zusätzlichen Betreuungs- und Aktivierungsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen aufgehoben und den Anspruch leistungsgerecht in § 43b verankert (vgl. dazu → § 43b Rn. 1 ff.) und die vergütungsrechtliche Seite in die Regelungen der §§ 84 und 85 überführt. Demgemäß wurden in § 84 Abs. 8 S. 2–4 die Vorschriften zur Abgeltungswirkung der Vergütungszuschläge aufgenommen, die bis zur Außerkrafttreten der Vorschrift ihren Standort in § 87b Abs. 2 S. 1–3 hatten.
- 46 Demgemäß bestimmt nun Abs. 8, dass der Vergütungszuschlag für die zusätzlichen Leistungen zur Betreuung und Aktivierung nach § 43b (zum Leistungsinhalt vgl. → § 43b Rn. 6 ff.) **von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten**

Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten ist (S. 2), und dass mit den Vergütungszuschlägen alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten sind (S. 3).

Abs. 9 begründete zeitlich begrenzt bis zum 30.6.2023 eine Rechtsgrundlage zur **zwischenzeitlichen Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskräfte unmittelbar durch die Pflegekassen** (→ Rn. 3). 47

§ 85 Pflegesatzverfahren

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

(2) ¹Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Träger des einzelnen zugelassenen Pflegeheimes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
2. die für die Bewohner des Pflegeheimes zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie
3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen. ²Die Pflegesatzvereinbarung ist für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen; § 86 Abs. 2 bleibt unberührt. ³Die Vereinigungen der Pflegeheime im Land, die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Land können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.

(3) ¹Die Pflegesatzvereinbarung ist im voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheimes, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. ²Das Pflegeheim hat Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beizufügen. ³Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. ⁴Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluß entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung. ⁵Dabei sind insbesondere die in der Pflegesatzverhandlung geltend gemachten, voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum vorzuweisen. ⁶Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

(4) ¹Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. ²Sie ist schriftlich abzuschließen. ³Soweit Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Ver-

handlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlußvollmacht vorzulegen.

(5) ¹Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten, fest. ²Satz 1 gilt auch, soweit der nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zuständige Träger der Sozialhilfe der Pflegesatzvereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß widerspricht; der Träger der Sozialhilfe kann im voraus verlangen, daß an Stelle der gesamten Schiedsstelle nur der Vorsitzende und die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder oder nur der Vorsitzende allein entscheiden. ³Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. ⁴Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(6) ¹Pflegesatzvereinbarungen sowie Schiedsstellenentscheidungen nach Absatz 5 Satz 1 oder 2 treten zu dem darin unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner bestimmten Zeitpunkt in Kraft; sie sind für das Pflegeheim sowie für die in dem Heim versorgten Pflegebedürftigen und deren Kostenträger unmittelbar verbindlich. ²Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig. ³Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter.

(7) ¹Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. ²Dies gilt insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur. ³Die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend. ⁴Im Fall von Satz 2 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 bereits nach einem Monat beantragt werden.

(8) ¹Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
 2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
 3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.
- ²Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. ³Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

(9) ¹Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt,
 - a) das über eine abgeschlossene, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr verfügt, oder
 - b) das berufsbegleitend eine Ausbildung im Sinne von Buchstabe a begonnen hat oder
 - c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege beginnen wird, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.2.2016 B3) erfüllt, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,
2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalenten, für den Pflegesatzzeitraum finanziert werden,
3. notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine Ausbildung im Sinne von Nummer 1 Buchstabe b oder c durchläuft, finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden,
4. die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und
5. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht.

²Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. ³Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

(10) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 30. Juni 2021 und anschließend vierteljährlich über die Zahl des durch den Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanzierten Pflegehilfskraftpersonals, die Personalstruktur, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Vereinbarungsverfahren nach Absatz 9 in Verbindung mit § 84 Absatz 9, für die notwendigen Ausbildungsaufwendungen nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 sowie für seinen

Bericht nach Satz 1 fest. ³Die Festlegungen nach Satz 2 bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

(11) ¹Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung kann bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 Satz 1 einen Vergütungszuschlag für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 Satz 2 berechnen, wenn er vor Beginn der Leistungserbringung durch das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal den nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern den von ihm entsprechend Absatz 9 ermittelten Vergütungszuschlag zusammen mit folgenden Angaben mitteilt:

1. die Anzahl der zum Zeitpunkt der Mitteilung versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden,
2. die zusätzlichen Stellenanteile, die entsprechend Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 auf der Grundlage der versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden nach Nummer 1 berechnet werden,
3. die Qualifikation, die Entlohnung und die weiteren Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal,
4. die mit einer berufsbegleitenden Ausbildung nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b und c verbundenen notwendigen, nicht anderweitig finanzierten Aufwendungen und
5. die Erklärung, dass das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal über das Personal hinausgeht, das die vollstationäre Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat.

²Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein einheitliches Formular zu verwenden, das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bereitstellt. ³Die nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträger können die nach Satz 1 mitgeteilten Angaben beanstanden. ⁴Über diese Beanstandungen befinden die Vertragsparteien nach Absatz 2 unverzüglich mit Mehrheit. ⁵Die mit dem Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von dem Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	3
III. Allgemeines zum Pflegesatzverfahren	4
IV. Vereinbarung des Pflegesatzes (Abs. 1)	5
V. Parteien der Pflegesatzvereinbarung und sonstige Beteiligte (Abs. 2)	6
VI. Pflegesatzzeitraum und Nachweispflichten des Pflegeheims (Abs. 3)	7
VII. Abschluss der Pflegesatzvereinbarung (Abs. 4)	10
VIII. Festsetzung durch die Schiedsstelle (Abs. 5)	11
IX. Geltungsdauer der Pflegesatzvereinbarung (Abs. 6)	13
X. Wegfall der Geschäftsgrundlage (Abs. 7)	14
XI. Vergütungszuschläge (Abs. 8–11)	15

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden ¹ und folgte nahezu unverändert der Fassung des FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 144–146 zu § 94). Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurden lediglich redaktionelle Klarstellungen in Abs. 2 vorgenommen (BT-Drs. 12/5920, 80 f.). Im ersten Vermittlungsverfahren wurde Abs. 1 Hs. 2, der die Vereinbarung von Investitionszuschlägen betraf, gestrichen (BT-Drs. 12/6424, 4). Durch das **1. SGB XI-ÄndG** vom 14.6.1996 (BGBl. I 830) wurden mWv 25.6.1996 in der Regelung des Abs. 2 auch Arbeitsgemeinschaften von Kostenträgern als Partei der Pflegesatzvereinbarung zugelassen, soweit durch sie das Quorum von 5 vom 100 der maßgeblichen Berechnungstage repräsentiert wird, und S. 2 neu eingefügt. In Abs. 3 wurden die Nachweisanforderungen in S. 2 ergänzt und in S. 3–5 erheblich ausgeweitet. Schließlich wurde in Abs. 5 S. 2 und in Abs. 6 S. 1 neu gefasst (zur Begr. vgl. BT-Drs. 13/3696, 16; BT-Drs. 13/4091, 42). Durch das **PQsG** vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) wurde in Abs. 3 S. 2 als Hs. 2 die Verpflichtung zur Einholung einer Stellungnahme der Interessenvertretung der Heimbewohner aufgenommen (zur Begr. vgl. BT-Drs. 14/5395, 35). Durch Art. 10 Nr. 9 **des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003** (BGBl. I 3022) ist in Abs. 5 S. 2 das Wort „Sozialhilfeträger“ durch die Wörter „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt worden. Im Weiteren erhielt durch das **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mW zum 1.7.2008 Abs. 2 S. 1 die aktuelle Fassung und wurden in Abs. 3 S. 2 die Wörter „des Heimbeirats oder des Heimfürsprechers nach § 7 Abs. 4 des Heimgesetzes“ durch die Wörter „der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner“ und in S. 4 die Wörter „nach der Pflege-Buchführungsverordnung“ durch die Wörter „entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung“ ersetzt. In Abs. 6 S. 1 Hs. 1 wurden nach dem Wort „darin“ die Wörter „unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner“ eingefügt (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 16/7439, 72).

Durch das **PSG II** vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) ist zum einen ein Teil der ² bis dahin in § 87b getroffenen Regelung zur zusätzlichen Betreuung iSv § 43b in Abs. 8 überführt worden (zu den Motiven BT-Drs. 18/5926, 138; dazu → Rn. 15 ff.). Zum anderen ist Abs. 7 neu gefasst und dabei insbesondere um die Vorgabe in S. 2 ergänzt worden: „Dies gilt insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur“ (vgl. zu den Motiven BT-Drs. 18/5926, 138). Zuletzt schließlich ist durch das **PSG III** vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) Abs. 5 S. 1 modifiziert (vgl. BT-Drs. 18/10510, 116) und in Abs. 3 nach S. 4 der S. 5 eingefügt worden: „Dabei sind insbesondere die in der Pflegesatzverhandlung geltend gemachten, voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum vorzuweisen.“ Durch das **GPVG** vom 22.12.2020 (BGBl. I 3299) sind die Abs. 9–11 mit Regelungen zu Vergütungszuschlägen für Pflegehilfskraftpersonal eingefügt worden, die nach Art. 5 Abs. 1 GPVG zum 1.1.2021 in Kraft getreten sind und gemäß Art. 2 Nr. 27 iVm Art. 16 Abs. 11 **GVVG** vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) zum 1.1.2026 außer Kraft treten und für Vereinbarungszeiträume ab dem 1.7.2023 durch § 113c abgelöst worden sind. Schließlich sind durch das **Gesetz zur Änderung des Heizkostenzuschussgesetzes und des Elften Buches Sozialgesetzbuch** vom 9.11.2022 (BGBl. I 2018) in Abs. 7 S. 2 und 4 Konkretisierungen bzw. Verfahrensvorgaben zur Anpassung von Vergütungsvereinbarungen für Fälle wesentlicher Änderungen eingefügt worden.

II. Normzweck

- 3 § 85 trifft wesentliche Vorgaben zum **Pflegesatzverfahren**, mit dem die Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen in stationären Einrichtungen vereinbart wird, ergänzt um materielle Maßgaben zu Vergütungszuschlägen nach den Abs. 8 und – vorübergehend – Abs. 9–11 (→ Rn. 1 aE). An die Stelle des nach § 85 vorgesehenen Verfahrens mit Vereinbarungen zwischen dem Träger des Pflegeheims und den betroffenen Kostenträgern kann mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger die in § 86 geregelte Festsetzung der Pflegesätze durch eine Pflegesatzkommission treten, die die Pflegesätze regional oder gar landesweit festsetzen kann. In beiden Fällen sind zugleich mit den Pflegesätzen auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu vereinbaren bzw. festzusetzen (§ 87), die von den Pflegebedürftigen selbst aufzubringen sind (§ 82 Abs. 1 S. 3). Die Vereinbarung der Vergütung für ambulante Pflegeleistungen erfolgt nach § 89, soweit keine Gebührenordnung nach § 90 erlassen ist. Die verfahrensrechtlichen Regelungen in den Abs. 3–7 gelten auch im Rahmen des § 89 (§ 89 Abs. 3 S. 2).

III. Allgemeines zum Pflegesatzverfahren

- 4 Das Vergütungsrecht des SGB XI geht sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich vom **Vereinbarungsprinzip** aus; dh grundsätzlich kann jeder Träger einer Pflegeeinrichtung die Vergütung mit den Pflegekassen und anderen Kostenträgern selbst aushandeln. Die Unterwerfung unter eine auf Verbandsebene ausgehandelte Vergütungsordnung ist nicht vorgesehen; eine Ausnahme bildet der mögliche Erlass einer Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen nach § 90. Der Einrichtungsträger kann auch ganz auf den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung verzichten. Dies folgt zwingend aus § 91 Abs. 1; wenigstens Abs. 5 mit dem Eintrittsrecht der Schiedsstelle hierzu in einem gewissen Widerspruch steht (vgl. → § 91 Rn. 4). Die Pflegesatzvereinbarung ist wie der Versorgungsvertrag (§ 72), durch den ein Pflegeheim generell zur Versorgung der Versicherten zugelassen wird, ein **öffentlich-rechtlicher Vertrag** (so bereits zur Pflegesatzvereinbarung nach § 93 Abs. 2 BSHG: BVerwG 30.9.1993 – 5 C 41.91, BVerwGE 94, 202 = NJW 1994, 3027; BGH 12.11.1991 – KZR I 22/90, BGHZ 116, 339 = BeckRS 1991, 3459). Die Pflegesätze sind **prospektiv** festzulegen (Abs. 3); dh Pflegesatzvereinbarungen dürfen nur für einen zukünftigen Pflegesatzzeitraum getroffen werden; auch die Vereinbarung eines zurückliegenden Zeitpunkts für das Inkrafttreten ist unzulässig (Abs. 6 S. 2). Die Einigung auf einen Pflegesatz kommt schon dann zustande, wenn auf Seiten der Kostenträger nur eine Mehrheit zustimmt (Abs. 4 S. 1). Bleibt eine Einigung aus, so kann jede Vertragspartei (zu diesem Begriff → Rn. 6) die Festsetzung des Pflegesatzes durch die Schiedsstelle beantragen; es sei denn, die Pflegeeinrichtung verzichtet ausdrücklich auf eine Vergütungsvereinbarung mit den Folgen nach § 91.

IV. Vereinbarung des Pflegesatzes (Abs. 1)

- 5 Der Pflegesatz muss zwischen dem **Heimträger und den Leistungsträgern** vereinbart werden. Dies bedeutet für viele Pflegebedürftige insofern eine Verbesserung, als der Heimträger vor dem Inkrafttreten des SGB XI die Pflegesätze auch ohne Zustimmung der Heimbewohner erhöhen konnte. Die Vereinbarungen der Sozialhilfeträger mit den Heimträgern konnten die Interessen der selbstzahlenden Pflegebedürftigen nur unzureichend wahren, da die Sozialhilfeträger häufig selbst

Träger von Pflegeheimen sind und sich daher regelmäßig in einem Interessenkonflikt befinden, der einer Vereinbarung günstiger Pflegesätze tendenziell entgegensteht.

V. Parteien der Pflegesatzvereinbarung und sonstige Beteiligte (Abs. 2)

Der **Träger des Pflegeheims** ist stets Vertragspartei. Er kann sich allerdings 6 durch seinen Verband (oder jede andere vertretungsberechtigte Person) vertreten lassen (Abs. 4 S. 3) oder der Durchführung eines Verfahrens nach § 86 zustimmen, wodurch eine individuelle Pflegesatzvereinbarung nach § 85 entbehrlich wird. Bei den **Leistungsträgern** ist zwischen Vertragsparteien und sonstigen Beteiligten zu unterscheiden. Auf Seiten der Leistungsträger sind Vertragspartei: die Pflegekassen (nicht deren Landesverbände, weshalb auch § 81 nicht anzuwenden ist), sonstige Sozialversicherungsträger (zB Berufsgenossenschaften, RV-Träger) und der nach Landesrecht zuständige sozialhilferechtliche Kostenträger. Von den Leistungsträgern kommen nur diejenigen als Vertragspartei zum Zuge, auf die im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als 5 vH der vom Pflegeheim abgerechneten Pflegetage entfielen. Hierdurch soll der Kreis der Vertragsparteien in einer praktikablen Größenordnung gehalten werden. Da sich nach dem Inkrafttreten des SGB XI in der Praxis zeigte, dass auf einzelne Pflegekassen häufig weniger Berechnungstage entfielen als das in Abs. 2 geforderte Quorum von 5 vH, wurden durch eine Änderung von Abs. 2 S. 1 Nr. 1 (im 1. SGB XI-ÄndG) Arbeitsgemeinschaften von Pflegekassen, die nach der ursprünglichen Fassung (Abs. 2 S. 2 aF) am Pflegesatzverfahren nur beteiligt werden konnten, in den Status von Vertragsparteien heraufgestuft, um eine ausreichende Vertretung der Pflegekassen sicherzustellen. Abs. 2 S. 2 (idF des 1. SGB XI-ÄndG) stellt klar, dass in dem normalen Pflegesatzverfahren nach § 85 für jedes Pflegeheim gesondert eine Pflegesatzvereinbarung abzuschließen ist; die Festlegung einheitlicher Pflegesätze für mehrere Pflegeheime bleibt dem besonderen Verfahren in der Pflegesatzkommission nach § 86 vorbehalten. S. 3 eröffnet den in einem Land vertretenen Trägervereinigungen von Pflegeheimen, den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherungen die Möglichkeit, sich an den Vertragsverhandlungen zu beteiligen, um überörtlichen oder regionalen Belangen Gehör zu verschaffen. Die Stellung einer Vertragspartei kommt diesen Beteiligten allerdings nicht zu.

VI. Pflegesatzzeitraum und Nachweispflichten des Pflegeheims (Abs. 3)

Abs. 3 S. 1 enthält den Grundsatz der **prospektiven Ausrichtung** der Pflege- 7 sätze. Pflegesatzvereinbarungen dürfen nur vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheims für einen künftigen Pflegesatzzeitraum getroffen werden. Dieser Grundsatz wird durch das in Abs. 6 S. 2 enthaltene Verbot des rückwirkenden Inkrafttretens von Pflegesätzen bekräftigt. S. 2 konkretisiert **Informations- und Nachweispflichten des Pflegeheims** gegenüber den als Vertragspartei beteiligten Leistungsträgern. Die Nachweispflichten sind im 1. SGB XI-ÄndG auf Veranlassung des AuS-Ausschusses erheblich verschärft worden (vgl. BT-Drs. 13/4091, 42). Es sollte sichergestellt werden, dass die für eine Beurteilung der Vergütungsforderung notwendigen Unterlagen rechtzeitig vorgelegt werden. Einbezogen wurden auch die pflegesatzerheblichen Angaben zum Jahresabschluss entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und zur Eingruppierung. Wie das BSG entschieden hat, stehen diese Anforderungen nicht im Widerspruch

zu dem wettbewerbsorientierten Vergütungsregime des SGB XI. Sie sind vielmehr Rechtfertigung dafür, dass im Pflegesatzverfahren mit der Mehrheit der Kostenträger (Abs. 4 S. 1) bzw. der Schiedsstellenmitglieder (§ 76 Abs. 3 S. 4) gem. Abs. 6 S. 1 verbindliche Entscheidungen zu Lasten der Heimbewohner und aller Kostenträger getroffen werden können. Dies setzt eine **hinreichende Tatsachengrundlage** für die Einschätzung voraus, dass die von der Einrichtung geltend gemachten Pflegesätze und Entgelte angemessen und den Heimbewohnern sowie der Versichertengemeinschaft bzw. der Allgemeinheit deshalb entsprechende Zahlungen zuzumuten sind. Dass der Gesetzgeber die dafür erforderliche Vergewisserung gem. Abs. 3 S. 2–4 an die nachvollziehbare Darlegung der voraussichtlichen Gestehungskosten der Einrichtung geknüpft hat, ist nicht zu beanstanden. Im Gegenteil liegt eine solche Vorgehensweise nahe, weil die Pflegesatzvereinbarungen gem. Abs. 2 S. 2 einrichtungsindividuell auszuhandeln sind und das Vergütungsregime des SGB XI damit – im Interesse von Kostenträgern und Einrichtungen gleichermaßen – auf möglichst ausdifferenzierte und den Einrichtungsbesonderheiten Rechnung tragende Vergütungen zielt (vgl. BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 Rn. 27 = BeckRS 2009, 68260; zum materiellen Kontext insoweit → § 84 Rn. 24 ff.).

8 Allerdings gebietet die Regelung zum Schutz der Einrichtungsträger ein **gestuftes Darlegungsverfahren**. Auf der **1. Darlegungsstufe** hat die Einrichtung nach Abs. 2 S. 2 die **prospektiven Gestehungskosten plausibel und nachvollziehbar** darzulegen, also seine Kostenstruktur erkennen und die Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall ermöglichen zu lassen (Abs. 3 S. 2 Hs. 1 und S. 3). Dazu ist die Kostenkalkulation hinreichend zu belegen. Diesem Plausibilitätsanforderungs wird genügt, wenn Kostensteigerungen zB auf erhöhte Energiekosten zurückzuführen sind oder im Personalbereich auf die normale Lohnsteigerungsrate begrenzt bzw. durch Veränderungen im Personalschlüssel oder bei der Fachkraftquote bedingt sind. Nicht von vornherein als unplausibel ausgeschlossen ist auch die Erhöhung von Kostenansätzen, die in den Vorjahren aufgrund fehlerhafter Kalkulation oder sogar bewusst – etwa um Marktsegmente zu erobern – zu niedrig angesetzt worden sind; im letzteren Fall besteht allerdings eine besonders substantiierte Begründungspflicht des Pflegeheims. Als nicht ausreichend hat es das BSG indes erachtet, wenn eine erhebliche und nicht durch konkrete Fakten belegte Erhöhung der Personalkosten mit dem durchschnittlichen tariflichen Arbeitgeberaufwand pro Vollzeitstelle begründet wird (BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 Rn. 25 = BeckRS 2009, 68260); bezogen auf Personalaufwendungen werden sich solche Fragen nach Wirksamwerden der sog. Tariftreue- bzw. -orientierungsregelung des § 72 Abs. 3b (→ § 72 Rn. 7c) allerdings kaum mehr stellen.

9 Reichen die Angaben für eine abschließende Plausibilitätskontrolle nicht aus, erfordert die **2. Darlegungsstufe** nach Abs. 3 S. 3 und 4 die Vorlage zusätzlicher Unterlagen und/oder die Erteilung weiterer Auskünfte. Dies kann von der weiteren Konkretisierung der zu erwartenden Kostenlast über die Angabe von Stellenbesetzungen und Eingruppierungen bis zu pflegesatzerheblichen Auskünften zum Jahresabschluss entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung reichen und besteht auf Verlangen einer Vertragspartei, soweit dies zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit eines Pflegeheims im Einzelfall erforderlich ist. Demgemäß weist das BSG den Pflegekassen aus der Treuhänderstellung im Verhältnis zu den Versicherten (BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 (201) = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 S. 4 = BeckRS 2001, 40654) die Rechtspflicht zu, die von der Einrichtung vorgelegte Kalkulation in sich und ggf. auch im Vergleich mit den Werten anderer Einrichtungen auf Schlüssigkeit und Plausibilität darauf zu überprüfen, ob die auf der 1. Darlegungsstufe vorgelegte Kostenkalkulation eine nachvollziehbare Grundlage sein kann. Ist das nicht der Fall, haben die **Pflege-**

kassen den Einrichtungsträger substantiiert auf Unschlüssigkeiten hinzuweisen oder konkret darzulegen, dass die aufgestellte Kalkulation der voraussichtlichen Gesteungskosten nicht plausibel erscheint. In diesem Fall muss die Einrichtung im gesteigerten Nachweisverfahren der 2. Darlegungsstufe nach Abs. 3 S. 3 und 4 weitere Belege dafür beibringen, dass die Vergütungsforderung auf einer plausiblen Kalkulation der voraussichtlichen Gesteungskosten beruht. In der Regel nicht ausreichend für **Nachvollziehbarkeit und Plausibilität der Kostenstruktur der Pflegeeinrichtung** ist allerdings die Vorlage nur einer reinen Kostenkalkulation ohne weitere Angaben. Fordert eine Schiedsstelle im Schiedsverfahren unter Verweis auf nicht aus sich heraus ohne Weiteres nachvollziehbare Kostenansätze oder -steigerungen darüber hinaus weitere Angaben, ist dies deshalb unter Berücksichtigung der eingeschränkten gerichtlichen Überprüfbarkeit ihrer Überzeugungsbildung regelmäßig nicht als ermessensmissbräuchlich anzusehen (BSG 19.4.2023 – B 3 P 2/22 R, BeckRS 2023, 9426 mAnm Bieback jurisPR-SozR 1/2024 Anm. 5).

VII. Abschluss der Pflegesatzvereinbarung (Abs. 4)

Als Besonderheit gegenüber den allgemeinen Grundsätzen des Vertragsrechts legt Abs. 4 S. 1 fest, dass ein Vertragsschluss auch dann zustande kommt, wenn auf Seiten der Leistungsträger nicht alle Vertragsparteien zustimmen; bei ihnen genügt die Zustimmung der Mehrheit. Zum Erfordernis der Schriftform vgl. → § 73 Rn. 3. Soweit sich Vertragsparteien vertreten lassen, müssen ihre Vertreter vor Verhandlungsbeginn gegenüber den übrigen Vertragsparteien ihre Verhandlungs- und Abschlussvollmacht nachweisen. 10

VIII. Festsetzung durch die Schiedsstelle (Abs. 5)

Jede Vertragspartei kann die Festsetzung des Pflegesatzes durch die Schiedsstelle beantragen, sofern nach Ablauf der in S. 1 bestimmten Frist keine Vereinbarung zustande gekommen ist. S. 1 verpflichtet die Schiedsstelle, unverzüglich zu entscheiden. Nach der Definition dieses Begriffs in § 121 Abs. 1 S. 1 BGB bedeutet dies, dass die Entscheidung der Schiedsstelle ohne schuldhaftes Zögern ergehen muss. Die zügige Durchführung des Schiedsstellenverfahrens ist vor allem im Hinblick auf Abs. 6 S. 3 von Bedeutung, denn bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze gelten die bisherigen auch dann weiter, wenn der Pflegesatzzeitraum abgelaufen ist. Verzichtet die Pflegeeinrichtung auf den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung, so ist kein Schiedsverfahren durchzuführen, vgl. → Rn. 4. Zur Zusammensetzung und dem Verfahren der Schiedsstelle → § 76 Rn. 11 ff. und → Rn. 13 ff. Im Rahmen des § 85 ersetzt die Entscheidung der Schiedsstelle (teilweise) den Inhalt individueller vertraglicher Vereinbarungen. Gegenüber den Vertragsparteien iSv Abs. 2 handelt es sich um einen **Verwaltungsakt**, den diese mit der Anfechtungsklage vor den Sozialgerichten angreifen können (vgl. nur BSG 25.1.2017 – B 3 P 3/15 R, BSGE 122, 248 = SozR 4–3300 § 76 Nr. 1 = BeckRS 2017, 108647 Rn. 16). Dabei wurde die **Stellung des Sozialhilfeträgers als Pflegesatzpartei** durch die Einfügung des Abs. 5 S. 2 im 1. SGB XI-ÄndG erheblich gestärkt: Er kann die Wirksamkeit einer durch Mehrheitsentscheidung – aber gegen seinen Willen – zustande gekommenen Pflegesatzvereinbarung dadurch beseitigen, dass er die Schiedsstelle anruft. 11

Wird sie angerufen, steht der Schiedsstelle nach ständiger Rechtsprechung des BSG ein **gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Entscheidungsspielraum** zu. Der Schiedsspruch stellt seiner Natur nach einen Interessenausgleich durch ein sachnahe und unabhängiges Gremium dar, dessen Entscheidung nicht immer als die einzig sachlich vertretbare anzusehen ist und die häufig Kom- 12

promisscharakter aufweist. Dafür gilt im Hinblick auf ihre Regelungswirkungen insbesondere für die am Verfahren nicht beteiligten Heimbewohner grundsätzlich der **Untersuchungsgrundsatz** nach § 20 SGB X. Im rechtlichen Ausgangspunkt hat sich die Schiedsstelle deshalb im Rahmen ihrer Letztverantwortung für die von ihr festzusetzenden Pflegesätze und Entgelte **grundsätzlich von allen Umständen (selbst) zu überzeugen**, die für deren Leistungsgerechtigkeit und Angemessenheit bedeutsam sind. Ungeachtet dessen ist das Schiedsstellenverfahren seiner gesetzlichen Konzeption nach als Streitschlichtungsregulativ in einem grundsätzlich auf die **vertragliche Vergütungsbestimmung ausgegerichteten System** angelegt, das stark von den Mitwirkungspflichten der Beteiligten geprägt ist. In Ermangelung eines Verwaltungsunterbaus und im Hinblick auf ihre Stellung und Funktion genügt die Schiedsstelle ihrer Amtsermittlungspflicht deshalb regelmäßig, wenn sie solche Angaben und Unterlagen von den Vertragsparteien anfordert, denen sie im Rahmen ihres Beurteilungsspielraums Bedeutung beimessen möchte oder denen nach der Rechtslage für die Schiedsstellenentscheidung Bedeutung beizumessen ist. Kann sie sich auf der Grundlage dieser Unterlagen **eine hinreichende Überzeugung von der Leistungsgerechtigkeit und Angemessenheit der von ihr festgesetzten Pflegesätze und Entgelte** verschaffen, verletzt sie mit dem Verzicht auf weitere Ermittlungen ihre Amtsermittlungspflichten deshalb nicht, wenn sie an dem ihr unterbreiteten Sachstand weder selbst Zweifel haben muss noch darauf substantiiert hingewiesen worden ist (BSG 19.4.2023 – B 3 P 6/22 R. Rn. 28 ff., BeckRS 2023, 9428). Im Hinblick auf die **(Dritt-)Betroffenheit der am Schiedsverfahren nicht beteiligten Heimbewohner** bleibt die Schiedsstelle nach der Rspr. des BSG allerdings rechtlich auch für solche Berechnungselemente des Schiedsspruchs (voll) verantwortlich, zu denen die Vertragspartei vor deren Anrufung eine Verständigung erzielt hat. Insoweit können die Vertragsparteien im Verfahren nach dem SGB XI, anders als Schiedsverfahren nach anderen Büchern des SGB, über den Streitstoff nicht in dem Sinne verfügen, dass sie der Schiedsstelle mit (formaler) Bindungswirkung die Bewertung einzelner Berechnungselemente vorgeben (BSG 19.4.2023 – B 3 P 6/22 R. Rn. 29, BeckRS 2023, 9428); allerdings ist die Schiedsstelle nicht gehindert, sich die Überzeugungsbildung der Vertragsparteien zu eigen zu machen, wenn kein durchgreifender Anlass zu Zweifeln besteht.

IX. Geltungsdauer der Pflegesatzvereinbarung (Abs. 6)

- 13 S. 1 überlässt es den Vertragsparteien bzw. der Schiedsstelle, den Zeitpunkt des Inkrafttretens festzulegen. Die Festlegung eines zurückliegenden Zeitpunktes ist jedoch unzulässig (S. 2). Nach seinem Wortlaut gilt das Rückwirkungsverbot in S. 2 auch für Schiedsstellenentscheidungen. Allerdings hindert das gesetzliche Verbot rückwirkender Vergütungsvereinbarungen die Schiedsstelle nach der Rspr. des BSG nicht, im Schiedsspruch als Zeitpunkt seines Wirksamwerdens den Antragseingang bei der Schiedsstelle festzusetzen (vgl. BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R., BSGE 87, 199 (206 f.) = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1 S. 10 = BeckRS 2001, 40654; so auch Krauskopf/Knittel Rn. 19). S. 1 Hs. 2 wurde im 1. SGB XI-ÄndG hinzugefügt. Die ausdrückliche Anordnung der Verbindlichkeit des vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Pflegesatzes ist vor allem für die Pflegebedürftigen im Hinblick auf die sie treffende Verpflichtung (§ 82 Abs. 1 S. 2 Hs. 2), den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (→ § 84 Rn. 34 ff.) bezahlen zu müssen, von Bedeutung. Nach S. 3 gelten vereinbarte oder festgesetzte Pflegesätze auch nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter.

X. Wegfall der Geschäftsgrundlage (Abs. 7)

Abs. 7 enthält einen Anwendungsfall der Lehre vom Wegfall der Geschäftsgrundlage. Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen der für öffentlich-rechtliche Verträge allgemein geltenden Regelung in § 59 SGB X, § 60 VwVfG. Da es sich um eine Ausnahme vom Grundsatz *pacta sunt servanda* handelt, können vor Ablauf des Pflegesatzzeitraums nur gravierende unvorhersehbare Änderungen einen Anspruch auf Durchführung neuer Pflegesatzverhandlungen begründen (vgl. Hauck/Noftz/Reimer § 86 Rn. 19). Beispiele solcher Änderungen sind nunmehr durch das Gesetz zur Änderung des Heizkostenzuschussgesetzes und des Elften Buches Sozialgesetzbuch (→ Rn. 2) in S. 2 angeführt. Wegen der entsprechenden Geltung der Abs. 3–6 (Abs. 7 Hs. 2) kann hierüber ggf. auch eine Entscheidung der Schiedsstelle herbeigeführt werden, wobei nach S. 4 in Fällen des Abs. 7 verkürzte Antrags- und Entscheidungsfristen gelten.

XI. Vergütungszuschläge (Abs. 8–11)

Mit dem PSG II (→ Rn. 1) hat der Gesetzgeber die bis dahin als § 87b nur in das Vergütungsrecht aufgenommene Vorschrift zu **zusätzlichen Betreuungs- und Aktivierungsleistungen** in stationären Pflegeeinrichtungen aufgehoben und den Anspruch leistungsrrechtlich in § 43b verankert (vgl. dazu → § 43b Rn. 1 ff.) und die vergütungsrechtliche Seite in die Regelungen der §§ 84 und 85 überführt. Demgemäß wurden in Abs. 8 die Voraussetzungen für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen aufgenommen, die bis zur Außerkrafttreten der Vorschrift ihren Standort in § 87b Abs. 1 S. 2–3 hatten.

Voraussetzung für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen ist danach, dass die Einrichtung über **zusätzliches Betreuungspersonal** nach Maßgabe von Abs. 8 S. 1 Nr. 1 und 2 verfügt. Zusätzliches Personal iSv Abs. 1 S. 2 Nr. 4 beschäftigt die Einrichtung nach Zweck und Entstehungsgeschichte, wenn für die Betreuung Mitarbeiter **über bisher wahrgenommene Aufgaben hinaus eingesetzt** werden. Die **Anstellung neuer Mitarbeiter** ist hingegen nicht zwingend erforderlich. Hierfür besteht bereits nach dem Gesetzeszweck keine Notwendigkeit. Auch die Gesetzmaterien geben dafür keinen Beleg. Entscheidend ist nur, dass an die **Qualifikation für die Zusatzbetreuung geringere Anforderungen** gestellt sind und dies demzufolge auch bei der Vergütungsbemessung zu berücksichtigen ist (vgl. BT-Drs. 16/8525, 101). Ausgangspunkt ist dafür nach Systematik und Entstehungsgeschichte, dass die zusätzliche Betreuung und Aktivierung auf **niedrigschwellige Leistungen zur sozialen Betreuung** der Pflegebedürftigen im Rahmen einer neu eingeführten Pflegeassistenz durch geringer qualifiziertes Personal abzielen.

In diesem Sinne hat der **Spitzenverband Bund der Krankenkassen** gestützt auf § 53c in Fortführung seiner ursprünglichen „Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen“ – Betreuungskräfte-RL – vom 19.8.2008, zuletzt mit Stand 23.11.2016 den Leistungsinhalt und davon abgeleitet die Anforderungen an die Betreuungskräfte konkretisiert. Danach sollen die Leistungsberechtigten bei **Alltagsaktivitäten unterstützt werden** wie etwa mit Malen und Basteln, handwerklichen Arbeiten, Kochen und Backen, Spaziergängen und Ausflügen, Bewegungsübungen in der Gruppe, Besuch von kulturellen Veranstaltungen oder Gottesdiensten oder Lesen und Vorlesen unterstützen (§ 2 Abs. 2 Betreuungskräfte-RL). Für die **Qualifikation der zusätzlichen Betreuungskräfte** ist deshalb kein therapeutischer oder pflegerischer Berufsabschluss erforderlich (§ 4 Abs. 2 S. 1 Betreuungskräfte-RL). Gleichwohl kann die Einrichtung insoweit auch **bereits vorhandenes Personal** in größerem Umfang beschäftigen (ebenso LPK-SGB XI/Brünner/Höfer

§ 87b Rn. 9). Jedoch hat sie dann dafür einzustehen, dass Mitarbeitern im Innenverhältnis uU entsprechend einer vergleichsweise höheren Qualifikation ein höherer Vergütungsanspruch zusteht als von den Kostenträgern für die Zusatzbetreuung vergütet wird.

- 18 Hiernach besteht ein zusätzlicher Vergütungsanspruch der Einrichtung, soweit sie über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt (Abs. 8 S. 1 Nr. 1) und das zusätzliche Betreuungsangebot tatsächlich in erbracht wird (Abs. 8 S. 2 Nr. 3). Dies zielt – verständlich – auf die Vermeidung von Mitnahmeeffekten (vgl. BT-Drs. 16/8525, 100). Jedoch könnte die Umsetzung des Angebots für die Einrichtungen angesichts des festgeschriebenen Betreuungsschlüssels von nunmehr 1: 20 (vgl. Abs. 8 S. 1 Nr. 2) einerseits und der jedenfalls in Betracht zu ziehenden Möglichkeit andererseits, dass die zusätzlichen Leistungen nicht in Anspruch genommen werden, Probleme bereiten (zu den Fragen dabei vgl. zur früheren Rechtslage LPK-SGB XI/Brünner/Höfer § 87b Rn. 10).
- 19 Abs. 9–11 begründeten zeitlich begrenzt bis zum 30.6.2023 Vorgaben zur **zwischenzeitlichen Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskräfte unmittelbar durch die Pflegekassen** gem. § 84 Abs. 9 (→ Rn. 2 und → § 84 Rn. 3).

§ 86 Pflegesatzkommission

- (1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die überörtlichen oder ein nach Landesrecht bestimmter Träger der Sozialhilfe und die Vereinigungen der Pflegeheimträger im Land bilden regional oder landesweit tätige Pflegesatzkommissionen, die anstelle der Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 die Pflegesätze mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger vereinbaren können. ²§ 85 Abs. 3 bis 7 gilt entsprechend.
- (2) ¹Für Pflegeheime, die in derselben kreisfreien Gemeinde oder in demselben Landkreis liegen, kann die Pflegesatzkommission mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger für die gleichen Leistungen einheitliche Pflegesätze vereinbaren. ²Die beteiligten Pflegeheime sind befugt, ihre Leistungen unterhalb der nach Satz 1 vereinbarten Pflegesätze anzubieten.
- (3) ¹Die Pflegesatzkommission oder die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 können auch Rahmenvereinbarungen abschließen, die insbesondere ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlungen sowie Art, Umfang und Zeitpunkt der vom Pflegeheim vorzulegenden Leistungsnachweise und sonstigen Verhandlungsunterlagen näher bestimmen. ²Satz 1 gilt nicht, soweit für das Pflegeheim verbindliche Regelungen nach § 75 getroffen worden sind.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Mitglieder der Pflegesatzkommission (Abs. 1)	3
IV. Gruppenpflegesätze (Abs. 2)	4
V. Rahmenverträge über stationäre Pflege (Abs. 3)	5

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 146 zu § 95). Auf-

grund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses (BT-Drs. 12/5920, 82) und im zweiten Vermittlungsverfahren (BT-Drs. 12/7323, 5) wurden lediglich redaktionelle Änderungen in Abs. 1 S. 1 vorgenommen. Durch das 1. SGB XI-ÄndG vom 14.6.1996 (BGBl. I 830) hat mWv 25.6.1996 Abs. 2 seine heutige Fassung erhalten. Zuvor galt, dass die Pflegesatzkommission mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger einheitliche Pflegesätze (Gruppenpflegesätze) vereinbaren konnte für „Gruppen gleichartiger Pflegeheime, die nach einheitlichen oder vergleichbaren Gesichtspunkten bewertet werden können“. Hierdurch sollten die Regelungswirkungen der Pflegesatzkommission auf einen örtlichen Einzugsbereich beschränkt werden (vgl. BT-Drs. 13/3696, 16).

II. Normzweck

Die Vorschrift ermöglicht mit Zustimmung der betroffenen Heimträger kollektive 2 Pflegesatzvereinbarungen, die an die Stelle der individuellen Pflegesatzverträge nach § 85 treten. Der einzelne Heimträger bestimmt, ob er das Verfahren nach § 85 durchführen oder sich den Vereinbarungen nach § 86 anschließen will. Die einer Vereinigung von Pflegeheimträgern angehörenden Einrichtungen werden durch eine Entscheidung ihrer Vereinigung für eine der beiden Lösungen nicht gebunden. An eine einmal getroffene Wahl bleibt der Heimträger allerdings bis zum Ablauf des Pflegesatzzeitraums gebunden.

III. Mitglieder der Pflegesatzkommission (Abs. 1)

Die Aufgaben der Pflegekassen nehmen die Landesverbände nach § 81 gemeinsam 3 wahr. Anstelle der überörtlichen Träger der Sozialhilfe kann (in Ländern, in denen es mehrere überörtliche Träger gibt) durch Landesrecht ein Träger als Mitglied der Kommission bestimmt werden. Vereinigungen von Heimträgern können nach Sinn und Zweck der Regelung nur dann Mitglied der Kommission werden, wenn zumindest eines ihrer Mitglieder der Vereinbarung von Pflegesätzen durch die Kommission zugestimmt hat. Die das Verfahren regelnden Vorschriften in § 85 Abs. 3–7 sind entsprechend auch auf das Verfahren der Pflegesatzkommission anzuwenden (Abs. 1 S. 2). Hieraus folgt insbesondere, dass auch die von der Pflegesatzkommission vereinbarten Pflegesätze nur für einen zukünftigen Pflegesatzzeitraum gelten und die betroffenen Heimträger auf Anforderung Pflegedokumentationen und andere geeignete Leistungsnachweise vorlegen müssen (§ 85 Abs. 3) und dass auch der Inhalt der von der Kommission zu treffenden Vereinbarung bei ausbleibender Einigung ganz oder teilweise durch eine Entscheidung der Schiedsstelle ersetzt werden kann (§ 85 Abs. 5).

IV. Gruppenpflegesätze (Abs. 2)

Die Vorschrift wurde im 1. SGB XI-ÄndG, noch bevor sie wirksam werden 4 konnte, grundlegend geändert. Die ursprüngliche Fassung von Abs. 2 sah vor, für Gruppen gleichartiger Pflegeheime, die nach einheitlichen oder vergleichbaren Gesichtspunkten bewertet werden können, mit Zustimmung der betroffenen Heimträger einheitliche Pflegesätze vereinbaren zu können. Hierbei ging man von der Überlegung aus, dass die in einem Pflegeheim anfallende Grundpflege bei entsprechendem Patientengut ein sehr homogenes Leistungsspektrum aufweist, das in allen Heimen mit vergleichbarer Bewohnerstruktur einheitlich erfasst werden kann. Warum dieses Konzept, dass auch den Preiswettbewerb der Heime untereinander

im Blick hatte (vgl. BT-Drs. 12/5262, 146), noch vor dem Inkrafttreten der stationären Pflege grundlegend geändert und auf einen sehr begrenzten lokalen Anwendungsbereich eingeschränkt wurde, ist nicht ohne Weiteres nachzuvollziehen. Das in den Materialien (BT-Drs. 13/3696, 16) für die Änderung angeführte Argument, durch die Begrenzung des örtlichen Zuständigkeitsbereichs werde der Wettbewerb gefördert, wurde bereits zur Begründung der ursprünglichen Gesetzesfassung herangezogen. Der ebenfalls im 1. SGB XI-ÄndG eingeführte Abs. 2 S. 2 bildet eine Ausnahme von der Verbindlichkeit der nach den §§ 85, 86 vereinbarten (oder durch die Schiedsstelle festgesetzten) Preise; die Regelung nimmt Bezug auf § 84 Abs. 4 S. 2, wonach von Ausnahmen abgesehen – um die es sich hier handelt – die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze verbindlich sind. Sie wird als notwendiges Korrektiv zu der Vereinbarung einheitlicher Preise für mehrere Pflegeheime angesehen. Über § 87 S. 3 gilt die Vorschrift auch für die Festsetzung der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung.

V. Rahmenverträge über stationäre Pflege (Abs. 3)

- 5 Die Vorschrift gilt sowohl für individuelle Pflegesatzverfahren nach § 85 als auch für Kollektivvereinbarungen nach § 86. Sie berechtigt die Beteiligten zum Abschluss von Rahmenvereinbarungen über Gegenstände des Pflegesatzverfahrens, die über den Einzelfall hinausgehen. Bei einem Vergleich mit dem Tariffrecht entsprechen sie den Manteltarifverträgen. Der Gegenstand der Vereinbarungen kann allerdings mit Rahmenverträgen nach § 75 kollidieren (zB § 75 Abs. 2 Nr. 2 und 5). Soweit solche Verträge existieren, gehen sie Vereinbarungen nach Abs. 3 vor (Abs. 3 S. 2).

§ 87 Unterkunft und Verpflegung

¹Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 85 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheimes die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils getrennt. ²Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. ³§ 84 Abs. 3 und 4 und die §§ 85 und 86 gelten entsprechend; § 88 bleibt unberührt.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Kostenträger	3
IV. Bemessung der Höhe der Entgelte (S. 2)	4
V. Verweisung auf andere Vorschriften (S. 3)	5

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat nahezu unverändert die Fassung des FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 146 f. zu § 96). Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurden lediglich die in S. 3 enthaltenen Verweisungen klarstellend geändert (vgl. BT-Drs. 12/5920, 82; zur Begr. s. BT-Drs. 12/5952, 47). Durch das PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) sind mW zum 1.7.2008 in S. 1 die Wörter „für Unterkunft und Verpflegung“ durch die Wörter „für die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils

getrennt“ ersetzt worden. Motiv hierfür war eine Harmonisierung mit heimrechtlichen Vorschriften (vgl. BT-Drs. 16/7439, 72).

II. Normzweck

Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind von den Parteien der Pflege- 2
satzvereinbarung (bzw. der Pflegesatzkommission nach § 86) festzusetzen, obgleich die Pflegebedürftigen nach § 82 Abs. 1 S. 3 für beides „selbst aufzukommen“ haben. Diese Wendung spricht gegen eine Einbeziehung von Unterkunft und Verpflegung in die Sachleistungspflicht der Pflegekassen (so auch Hauck/Noftz/Reimer Rn. 3). Daraus ist abzuleiten, dass der Gesetzgeber die Verschaffungspflicht der Pflegekassen gerade nicht auf diesen Bereich erstrecken wollte (zweifeln insoweit Schulin VSSR 1994, 285 (290)). Andererseits können sie den ihnen übertragenen Auftrag, die pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen (§ 69) ohne Bereitstellung von angemessener Unterkunft und Verpflegung nicht erfüllen. Von daher sind die Pflegekassen berechtigt, zum einen für beide Bereiche in Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 Nr. 1 Mindeststandards zu vereinbaren; vgl. hierzu auch die Bundesempfehlungen nach § 75 Abs. 6 (Anhang 5). Zum anderen rechtfertigt das auch die Einbeziehung in das Vergütungsregime des SGB XI (näher dazu vgl. → § 82 Rn. 10 ff.).

III. Kostenträger

Die Kostenträgerschaft des Pflegebedürftigen für die durch Unterkunft und Ver- 3
pflegung entstehenden Aufwendungen erwähnt das Gesetz gleich mehrfach (§§ 4 Abs. 2 S. 2 Hs. 2, 82 Abs. 1 S. 3 und § 87 S. 1). Offensichtlich sollten damit Befürchtungen ausgeräumt werden, die gerade mit den Leistungen bei stationärer Pflege eine Sogwirkung der Pflegeversicherung begründeten. Die Pflegebedürftigen müssen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung aus den eigenen Einkünften bzw. dem Vermögen bestreiten; soweit sie hierzu nicht in der Lage sind, bleibt der Sozialhilfeträger leistungspflichtig. Die Verpflichtung der Pflegesatzparteien zum Abschluss von Vereinbarungen über die Höhe der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung dient in erster Linie dem Schutz der Heimbewohner. Der Gesetzgeber rechtfertigte den Eingriff in die Vertragsfreiheit und die Kompetenz der Pflegekassen mit deren Sachwalterfunktion für die Interessen der Pflegebedürftigen (vgl. BT-Drs. 12/5262, 147; Schulin PV-HdB/Neumann § 22 Rn. 37). Durch die Kontrolle der Leistungsträger auf der Grundlage des Maßstabs in Satz 2, wonach die Entgelte in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen müssen, soll vermieden werden, dass das Pflegeheim Mindereinnahmen im Bereich der Pflegeleistungen durch überhöhte Preise für Unterkunft und Verpflegung kompensiert (vgl. auch → § 82 Rn. 10 ff.).

IV. Bemessung der Höhe der Entgelte (S. 2)

Die konkreten Leistungen des Pflegeheims in den Bereichen Unterkunft und 4
Verpflegung müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den vom Pflegeheim geforderten Entgelten stehen. Insoweit besteht kein Unterschied zum Maßstab der Leistungsgerechtigkeit iSv § 84 Abs. 2 S. 1 für den Leistungsbereich der allgemeinen Pflegeleistungen (näher → § 82 Rn. 13). Das geht über eine reine Billigkeitskontrolle hinaus (für dieses Verständnis Hauck/Noftz/Reimer Rn. 11; ebenso noch hier bis zur 2. Auflage; wohl auch LPK-SGB XI/Brünner/Höfer Rn. 6). Dagegen spricht, dass die Entgelte in einem hoheitlichen Verfahren notfalls unter Anrufung

der Schiedsstelle (vgl. S. 3 Hs. 1 iVm § 85 Abs. 5) mit öffentlich-rechtlicher Bindungswirkung zu Lasten der Heimbewohner festgesetzt werden und das Verfahren insoweit auf einen Interessenausgleich zwischen Heimträger und Heimbewohnern zielt. Zudem unterliegen die Heimträger über den Verweis nach S. 3 Hs. 1 denselben Nachweispflichten, die auch für die Bestimmung der Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen zu beachten sind und denen nach der neueren Rspr. des BSG wesentliche Bedeutung bei der Ermittlung der leistungsgerechten Vergütung zukommt (im Einzelnen → § 84 Rn. 26 ff.). Das BSG wendet die **Maßstäbe der Leistungsgerechtigkeit und Angemessenheit demgemäß unterschiedslos** an (vgl. bereits BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R., BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = NZS 2010, 35; zuletzt näher BSG 19.4.2023 – B 3 P 6/22 R. Rn. 14 ff., BeckRS 2023, 9428; an der teils abweichenden Auffassung BSG 26.9.2019 – B 3 P 1/18 R., BSGE 129, 116 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 5 = BeckRS 2019, 36393 Rn. 44 ff. hat es nicht festgehalten).

V. Verweisung auf andere Vorschriften (S. 3)

- 5 S. 3 verweist auf Vorschriften des Pflegesatzrechts. Die Verweisung auf § 84 Abs. 3 bedeutet, dass auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung für alle Bewohner des Pflegeheims nach einheitlichen Grundsätzen festgelegt werden müssen; eine Differenzierung nach Kostenträgern dürfte hier sowieso nicht in Betracht kommen. Aus der entsprechenden Geltung von § 84 Abs. 4 ergibt sich, dass das Pflegeheim neben den für Unterkunft und Verpflegung vereinbarten Entgelten von den Heimbewohnern für diese Leistungen keine zusätzlichen Zahlungen verlangen darf; es sei denn, es handelt sich um Zusatzleistungen iSv § 88 (S. 3 Hs. 2), die den Leistungsträgern schriftlich mitgeteilt werden müssen (§ 88 Abs. 2 Nr. 3, der auch für Zusatzleistungen im Rahmen von § 87 gilt). Aus der entsprechenden Geltung der §§ 85 und 86 ergibt sich vor allem, dass die verfahrensrechtlichen Grundsätze aus § 85 Abs. 3–7 anzuwenden sind; dh auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind ggf. durch die Schiedsstelle festzusetzen. Im Übrigen kann die Festsetzung auch durch die Pflegesatzkommission (§ 86) vorgenommen werden.

§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

(1) ¹Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). ²Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. ³Zieht ein Pflegebedürftiger in ein anderes Heim um, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen. ⁴Von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflegeheim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig. ⁵Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. ⁶Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. ⁷In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom

Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen.

(2) ¹Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustands einem höheren Pflegegrad zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe zu beantragen. ²Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Träger der Sozialhilfe zuzuleiten. ³Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach dem nächsthöheren Pflegegrad berechnen. ⁴Werden die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat das Pflegeheim dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab dem in Satz 3 genannten Zeitpunkt mit wenigstens 5 vom Hundert zu verzinsen.

(3) ¹Die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41 bis 43 zustehenden Leistungsbeträge einschließlich des Leistungszuschlags nach § 43c sind von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen. ²Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrags ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. ³Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden bei vollstationärer Pflege (§ 43) zum 15. eines jeden Monats fällig.

(4) ¹Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 2 952 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist. ²Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst. ³Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 eingestuft wird.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Tagesgleichheit der Zahlungsansprüche (Abs. 1 S. 1)	3
IV. Entstehung, Beendigung und Absenkung der Zahlungsansprüche (Abs. 1)	4
V. Zahlungspflicht der Pflegekasse (Abs. 3)	8
VI. Leistungsgerechte Pflegegradzuordnung (Abs. 2)	9
VII. Abstufungsprämie (Abs. 4)	13

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.2002 durch das **PQsG** vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) **1** eingeführt worden. Von einer geringen sprachlichen Änderung abgesehen folgt sie weitgehend dem FraktE (vgl. zur Begr. BT-Drs. 14/5395, 35 f.). Durch Art. 4 Nr. 2

des **PfLEG** vom 14.12.2001 (BGBl. I 3728) ist in Abs. 3 S. 1 die Angabe „§ 43a“ durch die Angabe „§ 43“ ersetzt und damit ein redaktioneller Fehler korrigiert worden (vgl. BT-Drs. 14/7473, 23). Durch Art. 10 Nr. 10 des **Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch** vom 27.12.2003 (BGBl. I 3022) sind in Abs. 2 S. 2 mWv 1.1.2005 anstelle des Wortes „Sozialhilfeträger“ die Wörter „Träger der Sozialhilfe“ eingefügt worden. Durch das **PflegeWEG** vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) sind mW zum 1.7.2008 in Abs. 1 die S. 5–7 und in Abs. 3 S. 3 nach dem Wort „werden“ die Wörter „bei vollstationärer Pflege (§ 43)“ eingefügt und ist Abs. 4 neu eingeführt worden (zu den Motiven vgl. BT-Drs. 16/7439, 72 f.). Schließlich ist die Vorschrift durch Art. 2 Nr. 38 des **PSG II** vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) an neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit der Unterscheidung von Pflegegraden anstelle von Pflegestufen angepasst und die Aktivierungsprämie in Abs. 4 auf 2.952 EUR angehoben worden (zu den Motiven BT-Drs. 18/5926, 138). Durch Art. 2 Nr. 28 **Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)** vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) sind mWv 1.1.2022 die in Abs. 3 S. 1 angeführten Leistungsbeträge um den „des Leistungszuschlags nach § 43c“ ergänzt worden.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift dient im Wesentlichen der näheren konstruktiven Ausgestaltung der in §§ 82 ff. begründeten Ansprüche der stationären Pflegeeinrichtung auf Vergütung ihrer allgemeinen Pflegeleistungen (§ 82 Abs. 1 S. 1 Nr. 1) und von Unterkunft und Verpflegung (§ 82 Abs. 1 S. 1 Nr. 2) sowie auf Umlage nicht gedeckter Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4), für die sie den Oberbegriff „Gesamtheimentgelt“ eingeführt hat. Systematische Klammer der hier zusammengefassten Regelungen war bei ihrer Einführung durch das PQsG vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) das Bestreben des Gesetzgebers, verschiedene anfänglich in ihrer Bedeutung übersehene Rechtsfragen aufzugreifen und zu lösen (vgl. BT-Drs. 16/7439, 72). Im Verlaufe der weiteren Rechtsentwicklung ist die Vorschrift zwischenzeitlich um weitere Elemente so angereichert worden, dass ein einheitliches Regelungsprogramm nicht mehr durchgehend zu erkennen ist. Im Einzelnen trifft sie nunmehr wesentliche Regelungen zur Entstehung, Beendigung, Unterbrechung und Absenkung des Anspruchs auf das Gesamtheimentgelt in Abs. 1 (→ Rn. 4 ff.), zur Pflichtenstellung der Pflegekasse in Bezug auf die Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen in Abs. 3 (→ Rn. 8), zu Verfahrensobliegenheiten des Heimbewohners mit dem Ziel der Einstufung in einen höheren Pflegegrad in Abs. 2 (→ Rn. 9 ff.) sowie schließlich zu einer der Einrichtung zustehenden Prämie für den Fall, dass aktivierende oder rehabilitative Maßnahmen eine günstigere Eingruppierung des Heimbewohners erlauben, in Abs. 4 (→ Rn. 12).

III. Tagesgleichheit der Zahlungsansprüche (Abs. 1 S. 1)

- 3 Nach Abs. 1 S. 1 werden die im Gesamtheimentgelt zusammengefassten Zahlungsansprüche der Einrichtung, nämlich der Pflegesatz, das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und die gesondert berechenbaren Investitionskosten für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). Hiermit ist mittelbar das bereits für die Pflegevergütung im Begriff des Pflegesatzes angelegte Prinzip der tagesgleichen Vergütung aufgegriffen und auf alle im Gesamtheimentgelt zusammengefassten Zahlungsansprüche erstreckt (vgl. hierzu auch → § 84 Rn. 6 ff.). Jeder Anspruch ist deshalb auf Tagesbasis zu bestimmen und deckt die Leistungen bzw. den Aufwand

der Einrichtung für jeden Tag ab, an dem die Einrichtung iSd in Abs. 1 festgelegten Kriterien Leistungen zugunsten des Heimbewohners erbringt.

IV. Entstehung, Beendigung und Absenkung der Zahlungsansprüche (Abs. 1)

Nach den allgemeinen Grundsätzen des sozialrechtlichen Leistungserbringungsrechts entsteht der öffentlich-rechtliche Vergütungsanspruch des Leistungserbringers, sobald er dem Versicherten – hier: dem Heimbewohner – die von diesem zu beanspruchenden Leistungen nach Maßgabe der im Einzelnen geltenden Vorschriften des Leistungs- und des Leistungserbringungsrechts tatsächlich ordnungsgemäß erbringt. Hieran anknüpfend regelt Abs. 1, wann die in diesem Sinne anspruchsbegründenden Leistungen von der Pflegeeinrichtung als erbracht anzusehen sind. Das ist nach der Grundregelung des S. 1 zunächst der Tag der Aufnahme und jeder weitere Tag des tatsächlichen Aufenthalts des Heimbewohners in der Einrichtung. Dieser Grundsatz wird im Weiteren durch die nachfolgenden Regelungen von S. 2–7 konkretisiert, ergänzt oder abgewandelt.

Zunächst bekräftigt S. 2, dass die Leistungserbringung und damit auch der Zahlungsanspruch der Einrichtung mit dem Tag endet, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Die Regelung dient der Vermeidung von Doppelzahlungen. Nach der üblichen Praxis wird das Risiko von Leerständen in der Einrichtung – zumindest nach Ablauf von Kündigungsfristen (vgl. § 11 WBVG) – über die Auslastungskalkulation im Rahmen der Pflegesatzverhandlung aufgefangen und hierdurch bereits anteilig auf die Heimbewohner umgelegt (vgl. etwa den Sachverhalt im UrT. des LSG BW 7.12.2007 – L 4 P 2769/06, NZS 2008, 433). Das hat Anlass gegeben, den Zahlungsanspruch des Einrichtungsträgers in dieser Konstellation auf den Tag der Beendigung der Leistungserbringung zu begrenzen, weil ansonsten die Zeit des Leerstandes zulasten des Heimbewohners doppelt berücksichtigt würde (vgl. BT-Drs. 14/5395, 35).

Fraglich ist gleichwohl, wie das Merkmal des „Entlassens“ im Kontext der Regelung des S. 4 und den Vorschriften des WBVG insbesondere der Kündigungsfrist des § 11 WBVG auszulegen ist, da nach § 15 Abs. 1 WBVG die heimrechtlichen Bestimmungen auch den Regelungen des Achten Kapitels des SGB XI – und damit auch § 87a – entsprechen müssen. So wird die Ansicht vertreten, dass eine Entlassung in diesem Sinne auch dann vorliege, wenn der Leistungsberechtigte die Pflegeeinrichtung bereits vor Ablauf der heimrechtlichen Kündigungsfrist endgültig verlassen habe; eine Benachteiligung des Pflegeheims liege nicht vor, weil dies über die Auslastungsquote im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen (vgl. § 85) berücksichtigt werden könne; zudem sollten auch Doppelzahlungen der Heimbewohner vermieden werden (Hauck/Noftz/O'Sullivan Rn. 21 ff. mit Verweis auf BGH 4.10.2018 – III ZR 292/17, BGHZ 219, 373 Rn. 26; so auch BGH 15.7.2021 – III ZR 225/20, NJW 2021, 3597; so auch jurisPK-BGB/Bregger WBVG § 11 Rn. 30; vgl. auch Düncher/Schweigler GuP 2019, 70 (73)). Die Gegenansicht verweist darauf, dass die Kündigungsfrist des § 11 Abs. 1 WBVG als eine Verbraucherschutzvorschrift faktisch ins Leere liefe, würde es allein auf das endgültige Verlassen der Pflegeeinrichtung ankommen. Zudem würden jedenfalls bislang Leerstände innerhalb der Kündigungsfrist des § 11 WBVG anders als andere Leerstände bei den Pflegesatzverhandlungen nicht berücksichtigt. Schließlich deute eine Entlassung – wenn gleich die Wortwahl unglücklich sei – auf ein passives Verlassen und nicht eine aktive Entscheidung des Bewohners hin (vgl. hierzu umfassend BeckOGK/Weber Rn. 7; differenzierend in den Begrifflichkeiten auch AG Bad Segeberg 28.5.2014 – 9 C 209/13, BeckRS 2015, 12323). Gegen die erste Ansicht spreche ferner, weshalb letztlich Heimbewohner das finanzielle Risiko eines „vertragswidrigen“ Verhaltens eines Ein-

zelen tragen sollten. Die Materialien zum WBVG bzw. zu § 87a sind jedenfalls wenig ergiebig; letztere sprechen lediglich von Entlassung bzw. Auszug, ohne auf den Zeitraum bis zum Wirksamwerden einer Kündigung nach heimrechtlichen Regelungen einzugehen, obgleich der ganz überwiegende Teil aller Heimbewohner aufgrund einer Versicherung in der (sozialen) Pflegeversicherung hiervon betroffen ist (vgl. BT-Drs. 16/12409, 29 f.; BT-Drs. 14/5395, 35 f. zu § 87a). Dies deutet darauf hin, dass sich der Gesetzgeber der Auswirkungen seiner Regelungen in Abs. 1 S. 4 und § 15 Abs. 1 WBVG einerseits und § 11 Abs. 1 S. 1 WBVG andererseits nicht bewusst gewesen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass er bei der Schaffung des § 15 Abs. 3 WBVG im Jahr 2016 trotz der grds. bestehenden Versicherungspflicht in der GKV (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) und der damit korrespondierenden Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 20) keine Regelung getroffen hat. Im selben Spannungsverhältnis bewegen sich auch Reservierungsvereinbarungen (vgl. hierzu BeckOGK/Weber Rn. 8 und auch BGH 15.7.2021 – III ZR 225/20, NJW 2021, 3597). In der Praxis dürfte sich die Problematik aufgrund der Rspr. des BGH auf die Pflegesatzverhandlungen (vgl. §§ 84, 85) verlagern.

- 6 S. 3 grenzt die Leistungserbringung und Zahlungspflicht bei einem Umzug von einem in ein anderes Heim derart ab, dass der Zahlungsanspruch auf das Gesamtheimentgelt am Verlegungstag nur dem aufnehmenden Pflegeheim zusteht.
- 7 S. 5–7 treffen Regelungen für Fälle der vorübergehenden Abwesenheit des Heimbewohners von der Einrichtung. Danach ist der Pflegeplatz im Fall einer solchen „Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen“. Diese Regelung ist durch das PflegeWEG eingeführt worden (vgl. → Rn. 1). Schon zuvor war in den Materialien bei Einführung der Regelung durch das PQsG die Vorstellung zum Ausdruck gebracht worden, dass der Vergütungsanspruch der Einrichtung im Hinblick auf die Rahmenvertragskompetenz nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 – Vergütungsabschläge bei vorübergehender Abwesenheit – in solchen Zeiten nicht vollständig entfällt, sondern dies mit angemessenen Abschlägen zu bewerten ist (vgl. BT-Drs. 14/5395, 35). Dieses Regelungskonzept ist mit der Neuregelung von S. 5–7 näher ausgestaltet und mit bindenden Fristen sowie zwingenden Vorgaben versehen worden, die den Regelungsspielraum der Rahmenvertragspartner einschränken (vgl. näher BSG 25.1.2017 – B 3 P 3/15 R, BSGE 122, 248 = SozR 4-3300 § 76 Nr. 1 = BeckRS 2017, 108647). Insoweit fungieren sie – im Hinblick auf den Vorhalteaufwand der Einrichtung berechtigt – eine Leistungserbringung der Pflegeeinrichtung auch während der Zeit der Abwesenheit und erlegen sowohl der Einrichtung – Freihalteverpflichtung – als auch dem Heimbewohner – Zahlungspflicht – entsprechende Rechtspflichten auf.

V. Zahlungspflicht der Pflegekasse (Abs. 3)

- 8 Nach Abs. 3 S. 1 sind die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41–43 zustehenden Leistungsbeträge einschließlich des Leistungszuschlags nach § 43c „von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen“. Diese Regelung ist – allerdings nicht konsequenter – Ausdruck des Sachleistungsprinzips, das nach dem Vorbild des SGB V auch in der sozialen Pflegeversicherung eingeführt worden und strukturprägend für das Leistungserbringungs-

recht des SGB XI ist (vgl. → Vor §§ 28–45 Rn. 2 f.; → § 69 Rn. 2). Demgemäß verschafft die Pflegekasse den Versicherten die notwendigen Leistungen als Sachleistung und schließt dazu mit den Leistungserbringern die notwendigen Verträge (§ 69 S. 1 und 2). Ausdruck dessen ist auf der Ebene des Verpflichtungsgeschäfts die vollständige Steuerung sowohl des Leistungsgeschehens wie der Vergütung durch öffentlich-rechtliche und schiedsamtliche Verträge zwischen den Pflegekassen als Kostenträgern und den Einrichtungen (vgl. insbesondere §§ 72 und 75, §§ 82 ff. sowie § 76). Demgemäß besteht in Bezug auf die von der Pflegekasse zu verschaffenden Leistungen – bis zur Grenze der in den §§ 41 ff. aufgeführten Beträge – keine Leistungspflicht des Versicherten selbst, von der ihn die Pflegekasse iSv Abs. 3 S. 1 durch Zahlung freistellen könnte (vgl. BSG 1.9.2005 – B 3 P 4/04 R, BSGE 95, 102 = SozR 4–3300 § 43 Nr. 1 Rn. 18 bzw. 23 = BeckRS 2006, 40149). Vielmehr steht den Einrichtungen bis zu den dort aufgeführten Höchstbeträgen für ihre Leistungen ein auf Gesetz beruhender Zahlungsanspruch gegen die Pflegekassen zu. Die Einrichtungen werden insoweit unmittelbar aus den Verpflichtungen nach dem Versorgungsvertrag und der Pflegesatzvereinbarung tätig und erfüllen die den Pflegekassen gegenüber den Versicherten bestehende Sachleistungspflicht. Infolgedessen stehen auch die in den §§ 41 ff. aufgeführten Beträge nicht den Versicherten als Geldleistung der sozialen Pflegeversicherung zu, wie es beim Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37) der Fall ist, sondern den Heimträgern als Entgelt der Pflegekassen für erbrachte Sachleistungen (BSG 1.9.2005 – B 3 P 4/04 R, BSGE 95, 102 = SozR 4–3300 § 43 Nr. 1 Rn. 18, 23 = BeckRS 2006, 40149). Dem trägt nunmehr die Regelung des Abs. 3 Rechnung und präzisiert zugleich, auf welche Verfügung insoweit hinsichtlich der Anspruchshöhe abzustellen (S. 2) und wann der Anspruch fällig ist (S. 3).

VI. Leistungsgerechte Pflegegradzuordnung (Abs. 2)

Nach Abs. 2 besteht die Obliegenheit des Heimbewohners, auf begründete Anforderung der Einrichtung bei der Pflegekasse ein Verfahren zur Höherstufung seines Pflegegrads einzuleiten. Die Vorschrift ist auch nach Einführung der **einrichtungseinheitlichen Zuzahlung der Heimbewohner** durch das PSG II (vgl. im Einzelnen → § 84 Rn. 34 ff.) in ihrer Struktur unverändert geblieben, obschon sich die für die Einführung der Vorschrift maßgeblich gewesenen Folgeprobleme danach nicht mehr stellen können. Nach der Rechtslage bis dahin konnten sie bei stationärer Versorgung aus der begrenzten Sachleistungspflicht der Pflegekassen (§ 43 Abs. 2 S. 2) im Verhältnis zwischen Einrichtung und Versicherten ergeben. Nach der grundlegenden Ausgestaltung der Leistungspflicht hat die Einrichtung nach den §§ 72 Abs. 4 S. 2 Hs. 1, 84 Abs. 4 S. 1 zugunsten der von ihr aufgenommenen Versicherten alle nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit im Einzelfall erforderlichen Pflegeleistungen zu erbringen, also dem tatsächlichen Pflegebedarf im Einzelfall zu genügen. Ihre Vergütung richtet sich hingegen nicht nach ihrem tatsächlichen Aufwand, sondern nach dem Pflegegrad des Versicherten (§ 84 Abs. 2 S. 2) und damit nach der im Verhältnis zwischen ihm und der Pflegekasse getroffenen Pflegegradzuordnung. An deren Änderung zugunsten der Einrichtung konnte ein Heimbewohner regelmäßig kein Interesse haben, weil der nach § 84 Abs. 1 S. 2 von ihm zu tragende Differenzbetrag zwischen dem Pflegesatz und den Leistungspauschalen bei stationärer Versorgung nach § 43 Abs. 2 S. 2 nach der früheren Ausgestaltung umso höher ausfiel, je höher die dem Versicherten zugeordnete Pflegestufe war. Anders als beim Verbleib im häuslichen Umfeld hatten Versicherte demgemäß bei stationärer Pflege regelmäßig kein Interesse an der Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe. Hierfür suchte die Regelung einen – nicht vollständig zu Ende geführten – Ausgleich, der einerseits das Interesse der Einrichtung an einer leistungsgerech-

ten Vergütung der zu erbringenden Leistungen und andererseits das Prinzip der Antragsabhängigkeit von Sozialleistungen (§ 33 Abs. 1 S. 1) wahrte.

- 10 Im Ergebnis wurde und ist der Einrichtung weder ein eigenes Antragsrecht eingeräumt noch hatte und hat sie einen rechtlich durchsetzbaren Anspruch darauf, dass der Heimbewohner selbst die Höherstufung beantragt. Auch wird der Versicherte nicht leistungsmäßig an dem ihm zugeordneten Pflegegrad festgehalten, wie es im Fall fehlender Mitwirkung des Heimbewohners nach einem von Bayern eingebrachten Gesetzentwurf vorgesehen war (vgl. den Entwurf eines § 4 Abs. 2 S. 3 Hs. 2 HeimG, BR-Drs. 140/99, 4). Vielmehr **fingiert die Vorschrift bei fehlender Mitwirkung des Heimbewohners eine entscheidende Antragstellung** und stellt die Beteiligten bis zur Klärung so, als habe der Heimbewohner einen begründeten Antrag auf Höherstufung gestellt. Rechtsfolge davon ist, dass sich der Vergütungsanspruch der Einrichtung zwei Monate nach Abgabe einer entsprechenden Aufforderung jedenfalls vorläufig nach der höheren Pflegeklasse bemisst (zu offenen Fragen hiernach im Interessenkonflikt zwischen Heimbewohnern und Einrichtungen nach alter Rechtslage vgl. → 4. Aufl. 2015, Rn. 10).

- 11 Soweit der für die Einführung der Vorschrift maßgebliche Konflikt bei notwendiger Hochstufung von Heimbewohnern durch den Wechsel zur einrichtungseinheitlichen Zuzahlung nicht ohnehin aufgelöst ist – um den Preis allerdings anderer Risiken (vgl. → § 84 Rn. 36) – bleiben jedoch andere Strukturschwächen der Regelung nach wie vor bestehen. Zwar muss nach neuer Rechtslage nicht mehr angenommen werden, dass Versicherte das Verfahren nicht ernsthaft betreiben. Probleme können sich indes weiter ergeben, wenn der MD den Höherstufungsantrag – und damit das Anliegen der Einrichtung, von der Pflegekasse höhere Zahlungen zu erhalten – nicht stützt. Insoweit erweckt die Vorschrift den Eindruck, als komme der **Entscheidung des MD abschließende Regelungswirkung** zu. Dies wäre indes sowohl für den Versicherten wie für die Einrichtung **unvereinbar mit Art. 19 Abs. 4 GG**. Deshalb hat das BSG entschieden, dass in diesem Fall die Einrichtung Zahlungsklage gegen die Pflegekasse auf leistungsgerechte Vergütung ihrer Leistungen erheben kann, ohne dass das Antragsrecht des Versicherten entgegensteht (BSG 1.9.2005 – B 3 P 4/04 R, BSGE 95, 102 = SozR 4–3300 § 43 Nr. 1 = BeckRS 2006, 40149 mAnm Neumann SGB 2006, 359). Auch dann wird die Pflegekasse so gestellt, als habe der Versicherte seine Obliegenheiten im Verhältnis zur Einrichtung verletzt und sei deshalb so zu stellen, als habe er fristgerecht die Bewilligung höherer Leistungen betrieben.

- 12 Voraussetzung dafür ist es, dass der Versicherte von der Einrichtung in einer den Anforderungen des Abs. 2 S. 1 und 2 genügenden Weise zur Antragstellung aufgefordert wird. Nur hierdurch kann wirksam seine Obliegenheit begründet werden, bei der Pflegekasse die Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad zu beantragen. Fehlt es hieran, verletzt seine Untätigkeit keine Obliegenheiten im Verhältnis zur Einrichtung und es besteht keine Grundlage dafür, ihn so zu stellen, als habe er die Höherstufung erfolgreich selbst betrieben (BSG 7.10.2010 – B 3 P 4/09 R, BSGE 107, 37 = SozR 4–3300 § 87a Nr. 1 Rn. 14 ff. = BeckRS 2011, 66995 zustimmend jurisPK-SGB XI/O’Sullivan Rn. 43; zu weiteren Verfahrensfragen in diesem Zusammenhang nach alter Rechtslage vgl. BSG 16.5.2013 – B 3 P 1/12 R, BSGE 113, 250 = SozR 4–3300 § 84 Nr. 3 Rn. 12 ff. = BeckRS 2013, 73194).

VII. Abstufungsprämie (Abs. 4)

- 13 Die durch das PflegeWEG eingeführte Regelung (vgl. → Rn. 1) begründet einen finanziellen Anreiz dafür, bei dauerhafter vollstationärer Pflege die Anstrengungen in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation zu steigern. Deshalb sollen Pflegeeinrichtungen iSv § 43 künftig in den Fällen, in denen nach aktivie-

renden oder rehabilitativen Maßnahmen auf Dauer ein pflegegradrelevanter geringerer Pflegebedarf erforderlich ist, von der Pflegekasse einen – der Dynamisierung nach § 30 unterliegenden – Bonus erhalten. Der Höhe nach orientiert er sich an dem Differenzbetrag zwischen den Leistungsbeträgen des Pflegegrads 3 und 2, der sich innerhalb eines halben Jahres ergibt. Die fehlende Staffelung soll Fehlanreize entgegenwirken (BT-Drs. 18/5926, 138).

Die Auslegung der Vorschrift bereitet indes Probleme im Hinblick auf die Abgrenzung zwischen dem von den Einrichtungen **ohnehin geschuldeten Pflegestandard** einerseits und **zusätzlichen Maßnahmen der Aktivierung** andererseits. Das BSG hat entschieden, dass ein Pflegeheimträger von der Pflegekasse die Zahlung der Abstufungsprämie nur beanspruchen kann, wenn das Heim über den **ohnehin geschuldeten Pflegestandard hinausgehende Maßnahmen** aktivierender Art insbesondere für die Bereiche Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Mobilität und Toilettenbenutzung anbietet und der Versicherte daran mehr als nur gelegentlich teilgenommen hat. Diese müssten sich nach dem Sinn der Regelung zentral auf die Fähigkeiten der Betroffenen beziehen, die für die Zuordnung zu einer Pflegestufe maßgeblich sind, also nach altem Recht etwa Mobilität, Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Toilettenbenutzung. Hat das Heim dazu spezielle Angebote gemacht, die der Betroffene regelmäßig auch genutzt hat, greift danach die Vermutung, dass diese überobligatorischen Anstrengungen zur Herabstufung beigetragen haben (BSG 30.9.2015 – B 3 P 1/14 R, BSGE 120, 1 = SozR 4–3300 § 87a Nr. 3 = BeckRS 2015, 73443; vgl. auch S. 340 des Gemeinsamen Rundschreibens des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 53 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20.12.2022, recherchiert am 11.9.2023 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2022_12_20_Pflege_Gemeinsames_Rundschreiben.pdf). Freilich ist die Einrichtung nach ihrem Versorgungsauftrag zu solchen Maßnahmen stets verpflichtet, wenn sie ausreichenden Erfolg versprechen, also eine Mobilisierung von Pflegebedürftigen und ein Wiedergewinn von Selbstständigkeit. Deshalb sollte im Fall einer Abstufung vor allem auf den **erreichten Erfolg** abgestellt und hieraus der Schluss auf die iSd Vorschrift zusätzlichen Maßnahmen gezogen werden (vgl. Udschling jurisPR-SozR 13/2016 Anm. 5).

Lediglich nachhaltige Verbesserungen sollen nach S. 3 zu einem (dauerhaften) Bonus führen; Pflegeeinrichtungen sind deshalb zur Rückzahlung verpflichtet, falls der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten wieder in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig eingestuft wird.

§ 87b (aufgehoben)

§ 88 Zusatzleistungen

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

1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie
2. zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen vereinbaren (Zusatzleistungen). ²Der Inhalt der notwendigen Leistungen und deren Abgrenzung von den Zusatzleistungen werden in den Rahmenverträgen nach § 75 festgelegt.

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Zusatzleistungen	3
1. Unterkunft und Verpflegung (Abs. 1 S. 1 Nr. 1)	3
2. Zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen (Abs. 1 S. 1 Nr. 2)	4
IV. Abgrenzung durch Rahmenvertrag (Abs. 1 S. 2)	5
V. Formale Voraussetzungen für Zusatzleistungen (Abs. 2)	6

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden und seither unverändert geblieben. Sie folgt der Fassung des FraktE (vgl. BT-Drs. 12/5262, 147 f. zu § 97).

II. Normzweck

- 2 § 88 regelt das Angebot und die Berechnung von Zusatzleistungen erstens bei Unterkunft und Verpflegung (Abs. 1 S. 1 Nr. 1) und zweitens der pflegerischen Betreuung (Abs. 1 S. 1 Nr. 2). Da die allgemeinen Pflegeleistungen nach § 84 Abs. 4 mit dem Pflegesatz und die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung mit dem nach § 87 vereinbarten Entgelt umfassend abgedeckt sind und die Forderung zusätzlicher Entgelte vom Pflegebedürftigen insoweit nicht in Betracht kommt, kann es sich nur um Randbereiche handeln, die über den Rahmen des Erforderlichen hinausgehen und im Einzelnen in Rahmenverträgen nach § 75 und in Vereinbarungen mit dem Pflegebedürftigen (§ 88 Abs. 2 Nr. 2) festgelegt sind.

III. Zusatzleistungen

1. Unterkunft und Verpflegung (Abs. 1 S. 1 Nr. 1)

- 3 Leistungen, die für die Unterbringung und Verpflegung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlich sind, können keine Zusatzleistungen sein. Hierzu zählen auch Leistungen, die nicht bei allen Heimbewohnern anfallen wie etwa eine besondere Diätkost oder die Bereitstellung technisch besonders aufwändiger Pflegebetten. Als Zusatzleistungen können in Betracht kommen: Eine Einzelbelegung von Räumen, die wegen ihrer Größe auch zum Aufenthalt von zwei Personen geeignet sind oder besonders große bzw. besonders aufwän-

dig ausgestattete Räume und sich hierdurch von der Standardversorgung abheben (zu diesem Standard vgl. → § 82 Rn. 12) sowie das Angebot eines Wahlessens.

2. Zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen (Abs. 1 S. 1 Nr. 2)

Bei den im Tagesablauf anfallenden gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen dürften Zusatzleistungen nur selten in Betracht kommen, da die durch den Pflegesatz abgedeckte Grundpflege alle pflegerischen Maßnahmen umfasst, die unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Denkbar sind in erster Linie zusätzliche Betreuungsleistungen bei Gelegenheiten, die nicht in den Leistungsbereich der sozialen Pflegeversicherung fallen. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass durch die Erweiterung des Leistungsumfangs der stationären Pflege im 1. SGB XI-ÄndG, insbesondere durch die Einbeziehung der sozialen Betreuung, auch Maßnahmen wie etwa Beschäftigungstherapie, Begleitung auf Spazierwegen oder Ausfahrten mit dem Rollstuhl im üblichen Umfang zur Leistungspflicht des Pflegeheims zählen. Hierzu gehört auch die Bereithaltung der für die soziale Betreuung erforderlichen Investitionsgüter (vgl. BSG 10.2.2000 – B 3 KR 26/99 R, BSGE 85, 287 = SozR 3–2500 § 33 Nr. 37 = BeckRS 2000, 40789 in Bezug auf Rollstühle). Zur sozialen Betreuung zählt auch ein Mindestmaß an geistiger und kultureller Betreuung (vgl. Hauck/Noftz/Reimer § 82 Rn. 3 ff. und Hauck/Noftz/Mühlenbruch Rn. 9). Im Bereich der Körperpflege zählt das Haarewaschen zur Grundpflege; das Tätigwerden eines Friseurs kann dagegen ebenso wie eine Maßnahme, die den Standard an Körperpflege überschreitet, als Zusatzleistung vereinbart werden.

IV. Abgrenzung durch Rahmenvertrag (Abs. 1 S. 2)

Die Abgrenzung der notwendigen von den Zusatzleistungen ist durch Rahmenverträge zu vereinbaren. Dies ergibt sich bereits aus § 75 Abs. 2 Nr. 1. Die Abgrenzung soll nach der Vorstellung des Frakte (BT-Drs. 12/5262, 147 zu § 97 Abs. 1 aE) mit „Augenmaß, Sachverstand, menschlicher Wärme und Engagement für eine neue Kultur des Pflegens“ und nicht schematisch getroffen werden. Ob derartige Kriterien hier sachgerecht sind, wo es nur darum geht, einen nach Auffassung der Leistungserbringer sowieso schon viel zu knapp bemessenen Finanzrahmen, durch zusätzliche Einnahmen aufzubessern, erscheint fraglich. Werden notwendige Maßnahmen als gesondert zu berechnende Zusatzleistungen vereinbart, so ist die Vereinbarung nach § 134 BGB nichtig (LPK-SGB XI/Brünner/Höfer Rn. 10).

V. Formale Voraussetzungen für Zusatzleistungen (Abs. 2)

Die in Abs. 2 Nr. 1–3 aufgeführten Bedingungen, die das Pflegeheim erfüllen muss, um Zusatzleistungen abrechnen zu können, dienen dem Schutz des Pflegebedürftigen. Werden sie nicht eingehalten, ist die Vereinbarung unwirksam. In diesem Fall hat der Heimträger wegen der Nutzung der Zusatzleistung auch keinen Bereicherungsanspruch (vgl. BGH 13.10.2005 – III ZR 400/04, NJW 2005, 3633).

§ 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege

(1) ¹Zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege sind Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 zur Kurzzeitpflege bis zum 20. April 2022 abzugeben. ²Die Emp-

fehlungen berücksichtigen insbesondere die verschiedenen Arten und Formen sowie die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege. ³Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege zu überprüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen. ⁴Bis zur Entscheidung über eine Anpassung der Rahmenverträge nach Satz 3 sind die Empfehlungen nach Satz 1 für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) ¹Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. ²Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. ³Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Rechtspflicht zur Vereinbarung (Abs. 1)	5
IV. Schiedspersonenverfahren (Abs. 2)	12
V. Rechtsschutz	15

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 20.7.2021 durch Art. 2 Nr. 29 des **Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG)** vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) in das SGB XI eingefügt worden. Im ursprünglichen Gesetzentwurf der Bundesregierung war diese nicht enthalten (vgl. BT-Drs. 19/26822). Sie gelangte erst im Rahmen der Beratungen im Ausschuss für Gesundheit in das Gesetz (vgl. BT-Drs. 19/30550, 110; Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 10.6.2021, BT-Drs. 19/30560, 70 zu Art. 2 Nr. 29 (§ 88a)).

II. Normzweck

- 2 Die Koalitionsfraktionen verfolgen das Ziel, Angebote für eine **verlässliche Kurzzeitpflege (§ 42) durch eine Verbesserung ihrer Vergütung** sicherzustellen (vgl. BT-Drs. 19/30560, 70 zu Art. 2 Nr. 29 (88a)). Aus welchen Gründen der Gesetzgeber eine besondere Handlungsnotwendigkeit für eine eigenständige Regelung außerhalb des § 75 sah, ist den Materialien nicht zu entnehmen. Die bereits existierenden Empfehlungen nach § 75 Abs. 6 (→ § 75 Rn. 5) waren dem Grunde nach auch auf die Kurzzeitpflege anzuwenden (vgl. jurisPK-SGB XI/Wahl, 2. Aufl. 2017, § 75 Rn. 97), da der Regelungsauftrag nach § 75 Abs. 1 (→ § 75 Rn. 3 ff.) umfassend ist (vgl. BSG 30.9.2015 – B 3 P 1/14 R, BSGE 120, 1 = SozR 4-3300 § 87a Nr. 3 Rn. 17 = BeckRS 2015, 73443, NZS 2016, 66 – Rahmenvertrag zur Kurzzeitpflege in NRW). Die Kurzzeitpflege ist auch im Hinblick auf den Versorgungsauftrag (→ § 72 Rn. 19) und das Sachleistungsprinzip bereits

Gegenstand von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen (vgl. §§ 72, 69 und 84). Dem Siebten Pflegebericht der Bundesregierung ist zu entnehmen, dass 2019 in 1336 Einrichtungen über 50.000 Plätze, davon 42.160 „eingestreute“ Plätze verfügbar waren (vgl. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf, recherchiert am 11.10.2023).

Auch wenn die Verortung der Vorschrift im Vierten Abschnitt des Achten Kapitels 3 darauf hindeutet, kann nicht angenommen werden, es sei dem Gesetzgeber allein um Preise gegangen. Sein Hauptaugenmerk lag zwar auf einer Verbesserung der Vergütung, jedoch nicht ausschließlich. Vielmehr ging es ihm – wie sich aus den Materialien ergibt – um **umfassende Empfehlungen zu den Inhalten von Rahmenverträgen** zur Kurzzeitpflege (→ Rn. 4 f.), mithin auch zur **Versorgungsqualität** (aA BeckOGK/Weber Rn. 3). Auch deshalb haben sich die Empfehlungen ua auf Standards und Rahmenbedingungen sowie Fragen der Personalausstattung im Kontext der Leistungsinhalte zu beziehen und die (qualitativen) Vorgaben in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 zu beachten (BT-Drs. 19/30560, 70 f. zu Art. 2 Nr. 29 (§ 88a)).

Die Vorschrift bildet einen weiteren **Baustein zur Stärkung der** vom Gesetzgeber als nicht ausreichend verfügbar angesehenen **Kurzzeitpflege** (vgl. zum Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V im Kontext einer nicht mehr erforderlichen Krankenhausbehandlung für die nicht nach § 42 SGB XI Anspruchsberechtigten; vgl. auch zur Kurzzeitpflege im Rahmen des Entlassungsmanagements §§ 39 Abs. 1a, 11 Abs. 4 SGB V). Den vorläufigen Schlusspunkt setzt die Flexibilisierung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege durch einen gemeinsamen **Jahresbeitrag** ab 1.7.2025 (vgl. § 42a i d F des Art. 2a Nr. 10 Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – **PUEG** – vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155, mWv 1.7.2025, Art. 10 Abs. 5 PUEG; ab 1.7.2025 § 42b, vgl. Art. 2a Nr. 12 PUEG; zu den Motiven BT-Drs. 20/6983, 100 ff. zu Art. 2a Nr. 8–10 (§§ 39, 42 und 42a)).

III. Rechtspflicht zur Vereinbarung (Abs. 1)

Die Verbände der **Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene** werden in S. 1 5 verpflichtet, im Verfahren nach § 75 Abs. 6 (→ § 75 Rn. 15) Empfehlungen zum Inhalt von Rahmenverträgen zur Kurzzeitpflege nach § 75 Abs. 1 zu erarbeiten; mithin sollen die dort genannten Akteure, der Medizinische Dienst Bund, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängige Sachverständige gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe beteiligt werden. Hierzu wurde ihnen eine Frist bis zum 20.4.2022 eingeräumt.

Die Empfehlungen sollen unter Berücksichtigung der Besonderheiten solitärer 6 und „eingestreuter“ Kurzzeitpflege handlungsleitend für die Inhalte (insbes. Rahmenbedingungen, Standards und Vergütungen) der Rahmenverträge auf Landesebene (→ § 75 Rn. 3 ff.) sein und als Richtschnur für künftige Pflegesatzvereinbarungen (§§ 84 f.) dienen. In Anlehnung an die in § 75 Abs. 2 genannten Regelungsbereiche sollen die Empfehlungen deshalb insbesondere Aussagen zu **Auslastungsquoten, Personalausstattungen und Entgeltermittlungen** beinhalten. Die Empfehlungen haben dabei bereits existierende Verfahren in den Ländern zur Bemessung einer leistungsgerechten Vergütung zu berücksichtigen. Sie haben nach **S. 2** insbesondere die verschiedenen Arten und Formen sowie die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege zu berücksichtigen. Im Fokus der Überlegungen standen dabei die Aufnahme im Anschluss von Krankenhausbehandlungen oder wegen gesundheitlicher Krisen einschließlich des Managements der Eingliederung in die Pflegeeinrichtung mit dem grundsätzlichen Ziel der

Rückkehr in die Häuslichkeit (vgl. § 42 Abs. 1) und die sich hieraus ergebenden besonderen Versorgungsbedarfe (vgl. hierzu insgesamt BT- Drs. 19/30560, 70 f. zu Art. 2 Nr. 29 (§ 88a)).

- 7 Im Rahmen der **Auslastungsquote** sind die einrichtungsbezogenen Besonderheiten (eingestreute flexible oder feste Kurzzeitpflegeplätze oder solitäre Pflegeheime) ebenso zu berücksichtigen wie eine saisonal schwankende Nachfrage und die häufigen Belegungswechsel angesichts der kurzen Verweildauer von acht Wochen (vgl. § 42 Abs. 2 S. 1).
- 8 Die Empfehlungen zur **Personalausstattung** haben Abweichungen im Verhältnis zur Langzeitpflege – zB infolge des erhöhten Wechsels der Bewohner mit ihren unterschiedlichen Anforderungen an Leistungsinhalte sowie notwendige Abstimmungsprozesse mit weiteren Leistungserbringern und Pflegepersonen – zu berücksichtigen. Die Besonderheiten solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind auch im Hinblick auf die geringe Zahl der Pflegeplätze zu beachten.
- 9 Schließlich soll bei der **Entgeltermittlung** berücksichtigt werden, ob und inwieweit diese unter Berücksichtigung der Leistungsinhalte, der Aufnahmeanlässe und der Art der Kurzzeitpflege sowie der Schwere der Pflegebedürftigkeit unabhängig vom Pflegegrad oder abhängig hiervon ermittelt werden können.
- 10 Dem Gesetzgeber ist darin zuzustimmen, dass eine Kurzzeitpflege infolge vorübergehender (akuter) gesundheitlicher Einschränkungen deutlich höhere Versorgungsaufwände – vor allem hinsichtlich medizinischer Behandlungspflege, des Überleitungsmanagements oder anderer (therapeutischer) Leistungen erfordern kann als die Leistungen nach § 43, welche den Pflegesatzvereinbarungen – auch bei eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen – zumeist zu Grunde gelegt werden. Daher ist es **konsequent, die besondere Situation der Kurzzeitpflege zu erfassen**, wenn gleich dies nicht zwingend einer eigenständigen Vorschrift bedurft, sondern auch in § 75 hätte geregelt werden können.
- 11 Insofern ist es folgerichtig, wenn der Gesetzgeber mit **S. 3** den Vertragspartnern nach § 75 Abs. 1 in den Ländern auferlegt, Rahmenverträge (für die Kurzzeitpflege) auf der Grundlage der Empfehlungen zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Ob und inwieweit die in **S. 4** angeordnete unmittelbare Verbindlichkeit der Empfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen, insbesondere für die Pflegesatzverhandlungen (§ 84), tatsächlich praktikabel ist, erscheint zweifelhaft, da sie einer Umsetzung bedürfen (ähnlich BeckOGK/Weber Rn. 8). Indes können die mWv 1.3.2023 in Kraft getretenen Gemeinsamen Empfehlungen (→ Rn. 13) zumindest Anhaltspunkte insbesondere für die hierbei zu berücksichtigenden Umstände bei der Personalbemessung (vgl. dort §§ 3–5) und der Auslastungsquote (vgl. dort §§ 6–8) liefern. Gleiches gilt für die Berücksichtigung von Abwesenheitszeiten zB wegen weiterer Krankenhausbehandlungen (vgl. dort § 9).

IV. Schiedspersonenverfahren (Abs. 2)

- 12 Hiernach entscheidet eine von den in § 75 Abs. 6 genannten Parteien gemeinsam benannte unabhängige Schiedsperson oder – soweit es hierzu innerhalb von 28 Kalendertagen ab der Feststellung einer Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht kommt – eine vom BMG im Einvernehmen mit dem BMAS bestimmte Person innerhalb von zwei Monaten nach der Bestellung über den Inhalt der Empfehlungen nach Abs. 1 S. 1, falls diese nicht fristgerecht zustande gekommen sind. Sie entscheidet auch über die Kostentragung des Verfahrens.
- 13 Diese Vorschrift hat **keine praktische Bedeutung** erlangt, obwohl die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene entgegen Abs. 1 S. 1 bis zum 20.4.2022 keine Empfehlungen abgegeben hatten; diese traten erst mWv 1.3.2023 als Gemeinsame Empfehlungen nach § 88a zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergü-

tung in der Kurzzeitpflege zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene in Kraft (recherchiert am 11.10.2023 unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richtlinien_und_bundesempfehlungen/2023_03_27_Kurzzeitpflege_Empfehlungen_88a_SGB_XI.pdf).

Weder die Parteien auf Bundesebene nach § 75 Abs. 6 noch das BMG haben – 14
soweit ersichtlich – eine Schiedsperson benannt.

V. Rechtsschutz

Auf Grund der vom Gesetzgeber in Abs. 1 S. 4 angeordneten zeitweiligen 15
(Abs. 1 S. 3) unmittelbaren Rechtsverbindlichkeit der Empfehlungen für Pflegekassen und Pflegeheime muss für diese im Hinblick auf die Rechtsschutzgarantie (Art. 19 Abs. 4 GG) der Rechtsweg zu den Sozialgerichten (§ 51 SGG) eröffnet sein. Problematisch ist in diesem Kontext, wie die Dauer dieser Bindung ermittelt werden kann. Die Vorschrift enthält keine Regelung, wie das Ergebnis der Prüfpflicht der Rahmenvertragsparteien bekanntzumachen ist, sofern diese keinen Anpassungsbedarf gesehen haben (ähnlich BeckOGK/Weber Rn. 10). Das Regelungskonzept erscheint somit nicht zu Ende gedacht, weshalb fraglich ist, ob der Gesetzgeber die Tragweite dieser Regelung in Gänze überblickt hat oder diese lediglich dem von ihm gesehenen Handlungsdruck, der auch in den Fristen der Vorschrift zum Ausdruck kommt, geschuldet ist. Ob diese Problematik praxisrelevant werden wird, dürfte – unabhängig vom Empfehlungsinhalt – nicht zuletzt davon abhängen, wie schnell die Rahmenvertragsparteien bestehende Regelungen auf ihren Anpassungsbedarf hin prüfen und die Ergebnisse entweder in Form von Änderungen der Rahmenverträge oder anderen Verlautbarungen publizieren. Erfolgte Anpassungen unterliegen jedenfalls nach allgemeinen Regeln der vollen gerichtlichen Kontrolle (→ § 75 Rn. 14).

Dritter Abschnitt. Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) ¹Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. ²Sie muß leistungsgerecht sein. ³Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. ⁴Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(2) ¹Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind die Träger des Pflegedienstes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
2. die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie
3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als 5 vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. ²Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird.

(3) ¹Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. ²Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. ³Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen; die in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 können berücksichtigt werden. ⁴§ 84 Absatz 4 Satz 2, Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Abgrenzung	2
III. Allgemeine Grundsätze	3
1. Gegenstand von Vergütungsvereinbarungen	4
2. Vereinbarung nach einheitlichen Grundsätzen	5
3. Gebot der leistungsgerechten Vergütung (Abs. 1 S. 2 und 3)	6
4. Weitere Vorgaben für Vergütungsvereinbarungen	9
5. Bemessung der Vergütung	14
IV. Vertragsparteien (Abs. 2)	15
V. Arten der Vergütungssysteme (Abs. 3)	16
VI. Verfahren	19

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 Nr. 40 lit. a PflegeVG eingeführt worden. Sie hatte weitgehend die Fassung des RegE (§ 98 RegE), vgl. Begr. des RegE S. 148. Das PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) passte mWv 1.1.2017 Abs. 1 S. 1 an den geänderten Begriff der Pflegebedürftigkeit an; die Unterstützungsleistungen bei digitalen Pflegeanwendungen wurden ergänzt durch Art. 5 Nr. 18 DVPMPG (vom 3.6.2021, BGBl. I 1309) mWv 9.6.2021. Abs. 1 S. 2 wurde geändert

durch Art. 1 Nr. 26a PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015. Abs. 1 S. 3 wurde mehrfach geändert und erweitert, zuerst mWv 1.1.2013 durch Art. 1 Nr. 35 lit. a PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246), erneut durch Art. 1 Nr. 26a PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015 und durch Art. 1 Nr. 17c lit. a PSG III (vom 23.12.2016, BGBl. I 3191) mWv 1.1.2017. Die zwischenzeitlich eingefügten Abs. 1 S. 4 (idF von Art. 1 Nr. 26a PSG I vom 17.12.2014, BGBl. I 2222 mWv 1.1.2015) sowie Abs. 1 S. 5 (idF von Art. 1 Nr. 17c lit. c PSG III vom 23.12.2016, BGBl. I 3191 mWv 1.1.2017) wurden durch Art. 2a Nr. 2 lit. a GVWG (vom 11.7.2021, BGBl. I 2754) mWv 1.9.2022 wieder gestrichen. Durch Art. 1 Nr. 33 des 1. SGB XI-ÄndG (vom 14.9.1996, BGBl. I 1830) wurde mWv 25.6.1996 Abs. 2 S. 1 geändert (Aufnahme der Arbeitsgemeinschaften als Vertragsparteien) und S. 2 angefügt. Art. 1 Nr. 54 lit. a PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) fasste mWv 1.7.2008 Abs. 2 S. 1 und 2 neu. Art. 1 Nr. 35 lit. b PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) änderte Abs. 3 S. 1 mWv 1.1.2013; dies wurde durch Art. 1 Nr. 26b PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015 weitgehend wieder aufgehoben und zudem S. 4 geändert. Abs. 3 S. 2 und 3 wurden eingefügt durch Art. 1 Nr. 54 lit. b PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008; Abs. 3 S. 3 dieser Fassung wurde aufgehoben durch Art. 1 Nr. 40 lit. b PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) mWv 1.1.2017. Abs. 3 S. 3 wurde neu eingefügt durch Art. 11 Nr. 17 PpSG (vom 11.12.2018, BGBl. I 2394) mWv 1.1.2019 und geändert durch Art. 2 Nr. 30 GVWG (vom 11.7.2021, BGBl. I 2754) mWv 20.7.2021. Abs. 3 S. 4 war nach der vorerwähnten Aufhebung durch das PSG II zum 1.1.2017 zu S. 3 geworden, nach der Einfügung des neuen S. 3 ab 2019 aber wieder zu Satz 4. Ein Verweis auf § 84 Abs. 7a wurde eingefügt mWv 20.7.2021 durch Art. 2 Nr. 31 GVWG (vom 11.7.2021, BGBl. I 2754) und mWv 1.9.2022 wieder gestrichen durch Art. 2a Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes.

II. Normzweck und Abgrenzung

§ 89 enthält Bemessungsgrundsätze und Verfahrensregelungen für die Vereinbarung der **Vergütung für ambulante Pflegeleistungen**. Die Vergütungsregelungen in § 89 betreffen das Verhältnis zwischen Pflegekasse und Pflegedienst. Sie werden für die Rechtsbeziehungen zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Pflegedienst durch § 120 ergänzt, was angesichts des begrenzten Leistungsumfanges der Pflegeversicherung unverzichtbar ist. Eine **Gebührenordnung gem. § 90**, die nach Abs. 1 S. 1 gegenüber Vergütungsvereinbarungen vorrangig wäre, ist bisher nicht erlassen worden. Falls die Pflegekassen mit einzelnen Pflegekräften Verträge abschließen, muss die Vergütung in den Verträgen nach § 77 individuell vereinbart werden (s. auch LPK-SGB XI/Planholz § 77 Rn. 11). Auch ambulante Pflegeeinrichtungen können nach § 91 auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten und Preisvereinbarungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen treffen; allerdings mit der Folge, dass die Pflegekasse nach § 91 Abs. 2 S. 2 lediglich bis zu 80 vH des Betrages erstatten darf, der als Pflegesachleistung geleistet werden würde.

III. Allgemeine Grundsätze

Die inhaltlichen Vorgaben für Vergütungsvereinbarungen der ambulanten Pflegeeinrichtungen entsprechen weitgehend denjenigen für stationäre Pflegeeinrichtungen. So gelten auch für ambulante Pflegeeinrichtungen die allgemeinen Vergütungsvorschriften der §§ 82–83. Über den Verweis von § 89 Abs. 3 S. 4 werden zudem die Pflegesatzregelungen im stationären Bereich der §§ 84 und 85 Abs. 3–7 entsprechend angewendet. Soweit § 89 im Übrigen eigenständige Regelungen trifft, sind zumeist ähnliche Bestimmungen auch für stationäre Einrichtungen vorgesehen.

1. Gegenstand von Vergütungsvereinbarungen

- 4 Gegenstand der Vergütungsvereinbarungen nach § 89 sind die **Leistungen der ambulanten häuslichen Pflegehilfe**. Dieser Begriff umfasst nach § 36 Abs. 1 S. 1 körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Nach der Einführung des § 40a zum 9.6.2021 ist auch eine Vergütung für die ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen zu vereinbaren. Auch im ambulanten Bereich dürfen die in § 82 Abs. 2 aufgeführten Investitionskosten und sonstigen nicht pflegesatzfähigen Aufwendungen nicht in die Pflegevergütung einfließen.

2. Vereinbarung nach einheitlichen Grundsätzen

- 5 Die Vergütung gem. § 89 wird zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern vereinbart. Abs. 2 S. 2 betont die Notwendigkeit, dass mit **jeder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung** eine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen wird. Dies kann auch umgesetzt werden, indem Träger Kollektivvereinbarungen nach dem in Abs. 3 S. 4 iVm § 86 geregelten Verfahren beitreten. Nach Abs. 1 S. 1 ist die Bemessung der Vergütung ambulanter Leistungen – wie gem. § 84 Abs. 3 auch für stationäre Pflegeeinrichtungen – für alle Pflegebedürftigen **nach einheitlichen Grundsätzen** zu vereinbaren. Daraus ergibt sich nach Abs. 1 S. 4 als zwingende Folge, dass eine Differenzierung nach Kostenträgern unzulässig ist. Die Vergütungsvereinbarung für den Erbringer ambulanter Pflegeleistungen darf demnach **keine unterschiedlichen Sätze** für verschiedene Leistungsträger vorsehen. Für die allgemeinen Pflegeleistungen dürfen ausschließlich die vereinbarten Pflegevergütungen berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zur Zahlung verpflichtet ist (Abs. 3 S. 4 iVm § 84 Abs. 4 S. 2). Übersteigt der Bedarf des Pflegebedürftigen an Pflegesachleistung die für ihn nach § 36 Abs. 3 maßgebende Höchstgrenze, so ist die **gem. § 89 vereinbarte Vergütung auch für die darüber hinaus gehenden Leistungen** des Pflegedienstes maßgebend, die der Pflegebedürftige selbst – vgl. insoweit auch § 120 Abs. 4 S. 2 – oder bei Mittellosigkeit der Sozialhilfeträger zu finanzieren hat.

3. Gebot der leistungsgerechten Vergütung (Abs. 1 S. 2 und 3)

- 6 Abs. 1 S. 2 begründet entsprechend § 84 Abs. 2 S. 1 für die stationäre Pflege das **Gebot der leistungsgerechten Vergütung**. Die verschiedenen Faktoren, die zur Festsetzung einer leistungsgerechten Vergütung auszugleichen sind, werden durch Abs. 1 S. 3 vorgegeben. Der Pflegedienst ist danach zu wirtschaftlicher Betriebsführung verpflichtet (vgl. auch § 29 Abs. 1 S. 2). Die Vergütung muss ihm ermöglichen, unter Berücksichtigung eines angemessenen Unternehmerrisikos seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen und seine Aufwendungen zu finanzieren. Dies entspricht weitgehend der vom BSG zunächst für stationäre Pflegeeinrichtungen geprägten Formel, dass die Vergütung bei wirtschaftlicher Betriebsführung die Kosten einer Einrichtung hinsichtlich der voraussichtlichen Gestehtungskosten unter Zuschlag einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos und eines etwaigen zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatzes sowie einer angemessenen Verzinsung ihres Eigenkapitals decken muss (BSG 17.12.2009 – B 3 P 3/08 R, BSGE 105, 126 = SozR 4-3300 § 89 Nr. 2 = BeckRS 2010, 69469, SRa 2010, 191).
- 7 Abs. 1 S. 3 war vielfältigen Änderungen und zwischenzeitlichen Ergänzungen durch S. 4 und 5 unterworfen. Anlass war dabei zumeist, **Vorgaben für die Vergütung von Personalaufwendungen** (dem wesentlichen Kostenfaktor ambulanter Pflegedienste) zu geben. Schon der Einschub „seine Aufwendungen zu finanzieren“ durch das PNG 2012 stellte eine Reaktion des Gesetzgebers auf die Befürchtung der Pflegeeinrichtungen dar, dass sich die Kostenträger nach Einführung des Min-

destentgelts in der Pflege (durch die VO über zwingende Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche) bei der Bemessung der Vergütung nur am Mindestentgelt orientieren würden (BT-Drs. 17/9369, 46 zu § 84). Später sollte einer solchen Tendenz auf Veranlassung des Bundesrates (BT-Drs. 18/2379) dadurch entgegengewirkt werden, dass die Kostenträger tarifvertragliche bzw. kirchenarbeitsrechtlich vereinbarte Arbeitsentgelte **nicht als unwirtschaftlich ablehnen** konnten (Abs. 1 S. 4 i d F des PSG I mWv 1.1.2015). Dies entsprach der Rspr. des BSG (17.12.2009 – B 3 P 3/08 R, BSGE 105, 126 Rn. 56 = SozR 4–3300 § 89 Nr. 2 = BeckRS 2010, 69469; 16.5.2013 – B 3 P 2/12 R, BSGE 113, 258 Rn. 21 = BeckRS 2013, 71713). Durch das PSG III sollte nachfolgend ein Anreiz für ambulante Pflegedienste gesetzt werden, die Löhne auf Tarifniveau zu steigern (BT-Drs. 18/10510, 115 zu S. 3; BT-Drs. 18/10510, 116 zu S. 4, jeweils i d F ab 1.1.2017); gleichzeitig wurde durch weitere Änderungen in Abs. 1 S. 3 der Anspruch des Leistungserbringers auf existenzsichernde Vergütung betont. Nachdem all dies nicht zu entscheidenden Verbesserungen der Vergütungsstruktur führte, hat der Gesetzgeber die Vorgaben für die Vergütung der Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen zum 1.9.2022 in den allgemeinen Vorschriften der Pflegevergütung, insbesondere § 82c, geregelt und außerdem bestimmt, dass nur noch Pflegeeinrichtungen zugelassen werden, die ihren Beschäftigten, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, **tarifvertragliche oder kirchenarbeitsrechtlich vereinbarte Arbeitsentgelte** zahlen (§ 72 Abs. 3a) bzw. nach § 72 Abs. 3b dieses Niveau bei Fehlen einer solchen tariflichen Bindung nicht unterschreiten.

Die angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos nach Abs. 1 S. 3 verlangt, dass in der Vergütung **Raum für die Realisierung von Unternehmensgewinnen** sein muss (BSG 16.5.2013 – B 3 P 2/12 R, BSGE 113, 258 = BeckRS 2013, 71713, SRa 2013, 251). Dies kann zB durch Vereinbarung fester umsatzbezogener Prozentsätze geschehen. Die regelmäßige Verzinsung ausstehender Sozialleistungen nach § 45 SGB I (4 %) bietet keinen Anhaltspunkt für die Bemessung des Unternehmerrisikos (BSG 26.9.2019 – B 3 P 1/18 R, BSGE 129, 116 = BeckRS 2019, 36393 = SRa 2020, 111 = SGB 2020, 329). In der Praxis der Schiedsstellen werden aber ähnliche Werte zwischen 2 % und 4 % angesetzt (BeckOGK/Weber, Stand 15.2.2023, Rn. 12). Darüber hinaus stehen einer Pflegeeinrichtung pauschale Zuschläge für unvorhersehbare und nicht näher konkretisierte Unternehmensrisiken nicht zu. Die Pflegeeinrichtung ist bei Eintritt solcher Risiken auf einen Neuausschluss gem. Abs. 3 S. 4 iVm § 85 Abs. 7 verwiesen.

4. Weitere Vorgaben für Vergütungsvereinbarungen

Die Vergütungsvereinbarung gilt grundsätzlich nur für den **Einzugsbereich, für den der Pflegedienst zugelassen ist**. Mit dieser Regelung reagierte der Gesetzgeber auf BSG 24.6.2006 – B 3 P 1/05 R, BSGE 96, 233 = NZS 2007, 155, wonach ein Pflegedienst auch außerhalb seines örtlichen Einzugsbereichs zu der für den Bereich der Zulassung vereinbarten Vergütung tätig werden konnte. Nunmehr bedarf es bei Pflegeeinsätzen außerhalb des Einzugsbereichs entsprechender Vergütungsvereinbarungen, die mit den regional oder örtlich zuständigen Vertragsparteien zu vereinbaren sind. Dies soll verhindern, dass Pflegedienste in Hochpreisregionen Vergütungen vereinbaren und damit in Niedrigpreisregionen höhere Vergütungen als andere dort tätige Pflegeeinrichtungen berechnen können (BT-Drs. 16/7439, 73).

Vergütungsvereinbarungen sind prospektiv auszurichten. Sie dürfen nur für einen **zukünftigen Zeitraum** getroffen werden (§ 85 Abs. 3); auch die Vereinbarung eines zurückliegenden Zeitpunktes für das Inkrafttreten ist unzulässig (§ 85 Abs. 6 S. 2); zum Rückwirkungsverbot bei Festsetzungen der Vergütung durch die Schiedsstelle vgl. → § 85 Rn. 13.

- 11 Mit dem PflegeWEG wurde in § 36 (ab 2017: Abs. 4 S. 4) die Möglichkeit des „Poolens“ von ambulanten Pflegeleistungen **durch mehrere Leistungsberechtigte** neu geschaffen. Abs. 3 S. 2 Hs. 1 setzt die leistungsrechtliche Vorgabe vergütungsrechtlich um und legt in Hs. 2 fest, dass die Zeit- und Kostenersparnisse den Versicherten zugutekommen. Griep (SRa 2009, 17 (20)) geht zu Recht davon aus, dass die Synergieeffekte, die in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 16/7439, 73 zu Nr. 54b und BT-Drs. 16/7439, 54 zu Nr. 17a) aufgeführt werden, schon nach vorbestehender Vertragspraxis zwischen Pflegediensten und Pflegekassen erfasst und bei der Ausgestaltung des Leistungsumfangs berücksichtigt wurden.
- 12 Abs. 3 S. 3 bezieht die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten in ländlichen Räumen nach den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 S. 4 Nr. 5 SGB V ein. Nach § 7 Nr. 23 ff. Rahmenempfehlungen sind damit die Wege zu Pflegebedürftigen erfasst, die nicht innerhalb des Bereichs wohnen, in dem die Mehrzahl der Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen durch den Pflegedienst versorgt wird (**durchschnittlicher Versorgungsradius**). Hierfür sind Zuschläge zu vereinbaren. Da der durchschnittliche Versorgungsradius im SGB V unter Einbeziehung der nach dem SGB XI versorgten Leistungsempfänger zu ermitteln ist, hielt der Gesetzgeber eine Übertragung der Regelung auf die Vergütungsvereinbarungen für ambulante Pflegeleistungen für angebracht. Zudem können nach Abs. 3 S. 3 die in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum **Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten** iSv § 85 Abs. 3 S. 5 berücksichtigt werden. Soweit abweichende Regelungen in den Landesrahmenverträgen vorgesehen sind, sollen aber diese vorrangig sein, BT-Drs. 19/30650, 72. Es hätte sich angeboten, einen Rückgriff auf die Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V für alle Vergütungsbestandteile zuzulassen, da hier detaillierte Vorgaben für eine ähnlich gelagerte Verhandlungssituation bestehen.
- 13 Die **Verweisungen in Abs. 3 S. 4** führen darüber hinaus zur Anwendung folgender Regelungen:
- Verpflichtung zur Vorlage von Pflegedokumentationen und anderen geeigneten Leistungsnachweisen (§ 85 Abs. 3 S. 2 und 3, vgl. → § 85 Rn. 7);
 - Mehrheitsprinzip aufseiten der Leistungsträger (§ 85 Abs. 4 S. 1, vgl. → § 85 Rn. 7);
 - Schriftformerfordernis (§ 85 Abs. 4 S. 2);
 - bei Vertretung Nachweis einer schriftlichen Verhandlungs- und Abschlussvollmacht (§ 85 Abs. 4 S. 3);
 - Weitergeltung von Vergütungsvereinbarungen nach Ablauf des vereinbarten Zeitraums, solange keine neuen Vereinbarungen in Kraft treten (§ 85 Abs. 6 S. 3);
 - Anwendung der Grundsätze über den Wegfall der Geschäftsgrundlage (§ 85 Abs. 7, vgl. → § 85 Rn. 14).

5. Bemessung der Vergütung

- 14 Für den Bereich der stationären Pflege hat das BSG in mehreren Entscheidungen Grundsätze entwickelt, nach denen eine angemessene, leistungsgerichtete Vergütung ermittelt wird (zB BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2009, 68260). Dies ist weitgehend in den ambulanten Bereich übertragen worden. Grundlage der Bewertung der Vergütungsforderung auf wirtschaftliche Angemessenheit ist hauptsächlich ein **externer Vergleich** mit anderen Anbietern aus demselben Einzugsbereich. Dabei sind stets als leistungsgerecht anzusehen Entgelte, die sich im unteren Drittel der vergleichsweise ermittelten Vergütungen anderer Anbieter bewegen. Im Einzelfall können sich aber auch höhere Entgelte als leistungsgerecht erweisen. Die Pflegevergütungen anderer Einrichtungen sind demgemäß eine Vergleichsgröße im Rahmen der Angemessenheitskontrolle, nicht aber eine unmittelbar verbindliche Bemessungsgröße für die Entgelte.

Der externe Vergleich ersetzt die von den Vertragsparteien und ggf. der Schiedsstelle vorzunehmende Bewertung der Vergütungsforderung auf ihre wirtschaftliche Angemessenheit nicht (BSG 17.12.2009 – B 3 P 3/08 R, BSGE 105, 126 = SozR 4–3300 § 89 Nr. 2 = BeckRS 2010, 69469). Soweit sich die Vergütungen für das Pflege- und Betreuungspersonal innerhalb des tariflichen Rahmens halten, bezieht der Vergleich seit dem 1.9.2022 nur noch die Sachkosten, die Zuschläge für spezielle Risiken, das allgemeine Unternehmerrisiko und die Entgelte des nichtpflegenden Personals ein (Bieback SGB 2023, 8 (10)).

IV. Vertragsparteien (Abs. 2)

Vertragsparteien sind nach Abs. 2 S. 1 die Träger des Pflegedienstes sowie die Pflegekassen oder sonstigen Sozialversicherungsträger, die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie ihre Arbeitsgemeinschaften. Eine Beteiligung der Verbände am Verfahren wie in § 85 Abs. 2 S. 3 oder seit 1.7.2023 im Rahmen der Verträge gem. § 132a Abs. 4 SGB V ist nicht vorgesehen, ihnen kann aber eine Vollmacht erteilt werden (Abs. 3 S. 4 iVm § 85 Abs. 4 S. 3). Die Beteiligung erfolgt nur, soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als 5 % der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Wird dieses Quorum nicht erreicht, sind die genannten Träger nicht an den Vergütungsverhandlungen zu beteiligen, aber dennoch an die ausgehandelten Vergütungen gebunden. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Interessen dieser (meist kleineren) Träger angemessen durch die Vertragspartner und ggf. die Schiedsstelle vertreten werden (BSG 17.12.2009 – B 3 P 3/08 R, BSGE 105, 126 = SozR 4–3300 § 89 Nr. 2 = BeckRS 2010, 69469).

V. Arten der Vergütungssysteme (Abs. 3)

Abs. 3 S. 1 überlässt die Ausgestaltung der Vergütungsvereinbarung weitgehend den Vertragsparteien. Zulässig sind danach eine Bemessung der Vergütung nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand, dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes oder nach Komplexleistungen; auch sind Mischformen möglich. Einschränkend kann eine Bemessung der Vergütung nach Einzelleistungen nur „in Ausnahmefällen“ erfolgen.

Zumeist wird einer Vergütung nach **Komplexleistungen**, wie sie vergleichbar auch im ärztlichen Gebührenrecht angelegt sind (§ 87 Abs. 2b SGB V), der Vorzug gegeben. In einem Leistungskomplex werden mehrere pflegerische bzw. nichtpflegerische Handlungen zusammengefasst. Diese werden nach Zeitaufwand abgerechnet oder mit einer Punktzahl bewertet, die in eine Vergütung führt. Die Punktzahl bildet eine Bewertungsrelation ab, die der unterschiedlichen Kostenintensität der einzelnen Leistungskomplexe im Verhältnis zueinander entspricht. Maßstab für eine zeitbezogene Vergütung (von Einzelleistungen oder Leistungskomplexen) ist der tatsächliche Aufwand an Zeit vor Ort. Die Intervalle dürfen nicht so bemessen werden, dass sie einer Pauschalierung gleichkommen (BT-Drs. 17/9369, 47).

Sonstige Leistungen können nach Abs. 3 S. 1 Hs. 2 auch mit Pauschalen vergütet werden. Der Begriff ist in Abgrenzung zu dem der Pflegeleistung in Hs. 1 zu sehen, so dass neben den beispielhaft benannten Fällen der hauswirtschaftlichen Versorgung, Behördengängen oder Fahrkosten auch die Betreuungsmaßnahmen als sonstige Leistungen pauschaliert vergütet werden können. Eine Pauschalierung kommt vor allem bei der Bemessung von Anfahrs- und Wegekosten zum Einsatz. Dabei ist nunmehr Abs. 3 S. 3 zu beachten, der das für die häusliche Krankenpflege nach dem SGB V

entwickelte Bewertungssystem für längere Wegstrecken, insbesondere im ländlichen Raum, in die Vergütung für ambulante Pflegeleistungen überträgt → Rn. 12.

VI. Verfahren

- 19 Abs. 3 S. 4 verweist für das Verfahren zum Abschluss einer Vergütungsvereinbarung auf die Regelungen für stationäre Einrichtungen in § 85 Abs. 5. Danach ist eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen abzuschließen, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat. Kommt eine Vergütungsvereinbarung zwischen den Vertragsparteien nicht zustande, setzt die **Schiedsstelle** oder eine von den Beteiligten gemeinsam bestellte Schiedsperson (§ 76 Abs. 6) auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung unverzüglich fest (vgl. → § 85 Rn. 11 f.). Die Klage gegen einen Schiedsspruch ist statthaft, ohne dass zuvor ein Vorverfahren durchzuführen ist. Sie hat keine aufschiebende Wirkung (§ 85 Abs. 5 S. 4). Schiedssprüche unterliegen nur einer **eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle** darauf, ob die Ermittlung des Sachverhaltes in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs erfolgte und zwingendes Gesetzesrecht sowie der bestehende Beurteilungsspielraum eingehalten worden sind (BSG 29.1.2009 – B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227 = SozR 4–3300 § 85 Nr. 1 = BeckRS 2009, 68260).

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßt ist. ²Die Vergütung muß leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. ³§ 82 Abs. 2 gilt entsprechend. ⁴In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) ¹Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. ²Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Vorgaben für eine Gebührenordnung	4
IV. Pflege durch Familienangehörige	5
V. Grundsatz der umfassenden Finanzierung	7

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG v. 26.5.1994 (BGBl. I 1014, Berichtigung v. 23.9.1994, BGBl. I 2797; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 505/93, BT-Drs. 12/5617, BT-Drs. 12/5920 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/5952 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/6424 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss], BT-Drs. 12/6491 [Unterrichtung Bundesregierung], BR-Drs. 946/93 [Unterrichtung Bundesregierung] und BT-Drs. 12/7323 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss]) eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 99 RegE); vgl. Begr. des RegE BR-Drs. 505/93, 148 f. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurde lediglich in Abs. 2 S. 1 der Begriff „Partner“, der im RegE zwischen „Familienangehörige und sonstige Personen“ stand, gestrichen (BT-Drs. 12/5920, 84). Im ersten Vermittlungsverfahren wurde Abs. 1 S. 3 geändert (BT-Drs. 12/6424, 4). Die Bezeichnung der nach Abs. 1 zuständigen Ministerien wurde durch mehrere Zuständigkeits-Anpassungsverordnungen geändert, vgl. zuletzt Art. 264 Nr. 2 Neunte Zuständigkeits-Anpassungsverordnung vom 31.10.2006, BGBl. I 2407. Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 wurden durch Art. 2 Nr. 41 Buchst. a PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) mWv 1.1.2017 geändert.

II. Normzweck

§ 90 ermächtigt das BMG zum Erlass einer Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen (Abs. 1 S. 1). Die Begr. des RegE für die Einführung einer Gebührenordnung, hierdurch sollten die Anreize für eine kostengünstige Leistungserbringung weiter gestärkt werden (RegE, S. 148), enthält aus der Sicht der Pflegedienste schon einen Anflug von Zynismus. Geht es doch nur darum, das Vergütungsniveau ggf. auf einen Stand hinunterdrücken zu können, der das von den Vertragspartnern vereinbarte Preisniveau für ambulante Pflegeleistungen unterschreitet. Welche wirtschaftlichen Anreize der Pflegedienste hierdurch gestärkt werden sollen, bleibt unerfindlich. Inhaltlich wird auch der VO-Geber weitgehend an die Bemessungsgrundsätze der §§ 82–89 gebunden (Abs. 1 S. 2 und 3). Abs. 2 S. 1 stellt klar, dass die Gebührenordnung für die Honorierung der von Familienangehörigen erbrachten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nicht gelten würde (vgl. → Rn. 5).

Nach der Verordnungsermächtigung bestünde die Möglichkeit, einheitliche Vergütungen für mehrere Dienste zu bestimmen; individuelle Vergütungsvereinbarungen wären dann gegenstandslos. Von der Ermächtigung wurde jedoch bislang nicht Gebrauch gemacht. Es bleibt daher im ambulanten Pflegebereich bei der Vergütungsvereinbarung nach Maßgabe des § 89.

III. Vorgaben für eine Gebührenordnung

Abs. 1 S. 2 erwähnt ausdrücklich nur, die Vergütung müsse leistungsgerecht sein und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen; im Übrigen wird auf die in § 89 enthaltenen Bemessungsgrundsätze und auf die entsprechende Geltung von § 82 Abs. 2 (Ausschluss von Investitionskosten und anderen nicht pflegesatzfähigen Aufwendungen) verwiesen. Zum Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit, der bereits in §§ 84 Abs. 2 S. 1 und 89 Abs. 1 S. 2 enthalten ist, vgl. → § 84 Rn. 16 ff. Hiermit steht die in § 89 Abs. 1 S. 3 enthaltene Vorgabe, die Vergütung müsse es einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, sei-

nen Versorgungsauftrag zu erfüllen, in engem Zusammenhang. Wegen der weiteren in § 89 enthaltenen Bemessungsgrundsätze vgl. → § 89 Rn. 3 ff. Durch die Bezugnahme der in § 89 enthaltenen Bemessungsgrundsätze wird den Anforderungen in Art. 80 GG Genüge getan, Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung näher zu bestimmen (Schulin PV-HdB/Neumann § 22 Rn. 42). In der Gebührenordnung ist ferner das Abrechnungsverfahren zwischen Pflegediensten und Pflegekassen zu regeln (Abs. 1 S. 4).

IV. Pflege durch Familienangehörige

- 5 **Abs. 2 S. 1** stellt klar, dass die Gebührenordnung nicht für die Vergütung von Pflegeleistungen durch Familienangehörige gilt. Die systematische Stellung von § 90 könnte den Schluss zulassen, dass die Gebührenordnung wie alle anderen Vorschriften des achten Kapitels ausschließlich auf zugelassene Pflegedienste iSv § 71 anzuwenden ist; die das Achte Kapitel einleitende Vorschrift (§ 82 Abs. 1) erwähnt nur diese Pflegeeinrichtungen. S. 1 macht von daher zusätzlich deutlich, dass auch die einzelnen Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Abs. 1 abschließen, von der Gebührenordnung erfasst werden. Im Übrigen greift der Wortlaut jedoch zu kurz, denn die Anwendung der Gebührenordnung soll nicht nur bei Pflegeleistungen von Familienangehörigen und sonstigen Personen ausgeschlossen sein, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sondern grundsätzlich bei allen **nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen iSv § 19**, wie aus der Begründung des RegE zu § 90 Abs. 2 eindeutig hervorgeht (RegE, BR-Drs. 505/93, 148 f.). Es besteht kein Grund, Nachbarn und Freunde des Pflegebedürftigen sowie andere ehrenamtliche Pflegepersonen in Bezug auf die Anwendung der Gebührenordnung anders zu behandeln, als Familienangehörige und Mitbewohner.
- 6 Auf **Pflegeleistungen**, die von **Angestellten der Pflegekassen** (§ 77 Abs. 2) erbracht werden, ist die Gebührenordnung unmittelbar nicht anwendbar. Mittelbar wirkt sie sich jedoch auch in diesen Fällen auf das Leistungsverhältnis aus. Das für Pflegesachleistungen abhängig von der Pflegestufe jeweils zur Verfügung stehende Budget (§ 36 Abs. 3 bzw. 4) begrenzt über die Höhe der Vergütung des einzelnen Pflegeeinsatzes zugleich die Anzahl der Pflegeeinsätze, die der Pflegebedürftige auf Kosten der Pflegekasse abrufen kann. Die Pflegekasse kann für die mit eigenem Personal erbrachten Pflegeleistungen keine höhere Vergütung in Ansatz bringen als die in der Gebührenordnung festgelegte.

V. Grundsatz der umfassenden Finanzierung

- 7 Der mit **Abs. 2 S. 2** normierte Grundsatz der umfassenden Finanzierung entspricht dem bereits in § 84 Abs. 4 festgelegten Grundsatz. Mit der Pflegevergütung sind alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen abgegolten. Für die allgemeinen Pflegeleistungen (zu diesem Begriff vgl. → Vor § 82 Rn. 3) können deshalb weder von der Pflegekasse noch vom Pflegebedürftigen zusätzliche Entgelte verlangt werden.

Vierter Abschnitt. Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich

§ 91 Kostenerstattung

(1) **Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 verzichten oder mit denen eine**

solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten oder stationären Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren.

(2) ¹Den Pflegebedürftigen werden die ihnen von den Einrichtungen nach Absatz 1 berechneten Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen erstattet. ²Die Erstattung darf jedoch 80 vom Hundert des Betrages nicht überschreiten, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels zu leisten hat. ³Eine weitergehende Kostenerstattung durch einen Träger der Sozialhilfe ist unzulässig.

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

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Aufhebung des Sachleistungsprinzips (Abs. 1)	3
IV. Kostenerstattung (Abs. 2)	5
V. Bindung des Sozialhilfeträgers (Abs. 2 S. 3)	7
VI. Bindung der privaten Pflegeversicherung (Abs. 3)	8
VII. Information der Pflegebedürftigen (Abs. 4)	9

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG v. 26.5.1994 (BGBl. I 1014, Berichtigung v. 23.9.1994, BGBl. I 2797; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 505/93, BT-Drs. 12/5617, BT-Drs. 12/5920 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/5952 [Bericht Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung], BT-Drs. 12/6424 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss], BT-Drs. 12/6491 [Unterrichtung Bundesregierung], BR-Drs. 946/93 [Unterrichtung Bundesregierung] und BT-Drs. 12/7323 [Beschlussempfehlung Vermittlungsausschuss]) eingeführt worden. Sie hat nahezu unverändert die Fassung des RegE (§ 101a RegE); vgl. Begr. des RegE BR-Drs. 505/93, 149 f. Im ersten Vermittlungsverfahren wurde lediglich Abs. 2 S. 2 Hs. 2 gestrichen, der den im RegE geplanten Investitionszuschlag betraf (BT-Drs. 12/6424, 4). Die Vorschrift ist seither nicht geändert worden.

II. Normzweck

§ 91 ist eine Ausnahmeregelung im Vergütungsrecht des SGB XI. Sie ist zugleich 2 zwingende Folge des **Vereinbarungsprinzips**, das dem Vergütungsrecht zugrunde liegt. Danach hat jeder zur Versorgung zugelassene (§ 72) Einrichtungsträger das Recht, die Vergütung der Pflegeleistungen individuell mit den Leistungsträgern auszuhandeln und bei ausbleibender Einigung auf den Abschluss einer Vergütungsregelung zu verzichten. Der Verzicht hat für die Pflegebedürftigen, die Leistungen der Einrichtung in Anspruch nehmen, negative Konsequenzen: Sie erhalten die

Pflegeleistungen nicht als Sachleistung, sondern sind in vermindertem Umfang auf Kostenerstattung angewiesen (Abs. 2); zu nachteiligen Auswirkungen für den Pflegebedürftigen vgl. → Rn. 5, 9. Die Regelung soll die Wahlfreiheit von Pflegebedürftigen erhalten, die trotz gewisser Leistungseinschränkungen von einer Einrichtung betreut werden möchten, deren Vergütungsniveau das Leistungsvermögen der Pflegeversicherung überschreitet. Die Vorschrift erfasst nicht nur Versicherte der sozialen Pflegeversicherung, sondern auch solche der privaten Pflegeversicherung (Abs. 3) und bindet zugleich die Sozialhilfeträger, denen eine Erstattung der Differenzkosten untersagt ist (Abs. 2 S. 3).

III. Aufhebung des Sachleistungsprinzips (Abs. 1)

- 3 Trotz der Zulassung zur pflegerischen Versorgung der Versicherten nach § 72 Abs. 2 besteht für die Pflegeeinrichtung keine Sachleistungspflicht, wenn sie auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichtet (LSG Nds 26.5.1998 – L 3 P 60/97 Rn. 17, Breithaupt 1998, 808 = BeckRS 2014, 65753: Durchbrechung des Sachleistungsprinzips). Teilweise wird die Auffassung vertreten (Giese RsDE 29 (1995), 1 (16); Schulin PV-HdB/Neumann § 22 Rn. 46), der Begriff „zugelassene Pflegeeinrichtungen“ sei nicht iSd § 72 Abs. 1 und 2 zu verstehen, weil die dort geregelte Zulassung in einem unlöslichen Zusammenhang mit dem Sachleistungsprinzip und dem Sicherstellungsauftrag stehe; gegenüber beiden Grundsätzen bilde § 91 eine Ausnahme. Mit dem Wortlaut der Vorschrift lässt sich ein Verzicht auf eine Zulassung nicht vereinbaren; im Übrigen stehen auch bei der Kostenerstattung § 29 Abs. 2 und § 72 Abs. 1 entgegen. Giese (RsDE 29 (1995), 1 (18)) verlangt auch ein Mindestmaß an vertraglicher Bindung zwischen Pflegekasse und Pflegeeinrichtung. Das hiermit verfolgte Ziel, die betroffenen Einrichtungen nicht ohne Grund in ein starres Vertragsschema zu zwingen, lässt sich über eine den speziellen Anforderungen des § 91 genügende Ausgestaltung des Versorgungsvertrages erreichen. Gewahrt werden müssen vor allem die im Interesse des Pflegebedürftigen erforderlichen Kontrollbefugnisse der Pflegekasse, speziell im Hinblick auf eine auch hier erforderliche Qualitätskontrolle.
- 4 **Verzicht trotz Anrufung der Schiedsstelle?** Nach der Begr. des RegE (BR-Drs. 505/93, 150 zu § 101a) können auch die Pflegekassen die Vereinbarung einer Vergütungsregelung ablehnen, etwa wenn die Preisvorstellungen der Pflegeeinrichtung im Verhältnis zu den angebotenen Leistungen unangemessen sind. Für diese Auffassung spricht zunächst der Wortlaut von Abs. 1. Das Nichtzustandekommen einer Vergütungsvereinbarung kann zum einen auf einem Verzicht der Pflegeeinrichtung beruhen und zum anderen durch das Verhalten der Pflegekassen verursacht sein. Diese Auslegung des Abs. 1 kollidiert jedoch mit der **Schiedsstellenregelung in § 85 Abs. 5**, die nach § 89 Abs. 3 S. 2 auch für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen gilt. Danach wird die Pflegevergütung auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle festgesetzt, wenn eine einvernehmliche Regelung innerhalb der in § 85 Abs. 5 genannten Frist nicht zustande kommt. Die Schiedsstellenentscheidung tritt auch dann in Kraft, wenn eine Vertragspartei mit ihr nicht einverstanden ist (§ 85 Abs. 6) und sie auch mit einer Anfechtung der Festsetzung vor dem Sozialgericht (§ 85 Abs. 5 S. 2) keinen Erfolg hat. Danach müsste § 91 Abs. 1 regelmäßig leerlaufen. § 85 Abs. 5 muss deshalb im Zusammenhang mit § 91 dahingehend ausgelegt werden, dass eine Festsetzung der Vergütung durch die Schiedsstelle ausgeschlossen ist, wenn die betroffene Pflegeeinrichtung vor der Entscheidung der Schiedsstelle auf eine Regelung der Vergütung verzichtet. Diese Option kann dagegen nicht erst nach dem Spruch der Schiedsstelle ausgeübt werden (so aber wohl Schulin VSSR 1994, 285 (1997)), weil damit wiederum die Stellung der Schiedsstelle im Bereich der Pflegevergütung völlig ausgehebelt würde. Die Pflegekassen können

sich der Festsetzung der Vergütungsregelung durch die Schiedsstelle nicht entziehen, wenn die Schiedsstelle aufgrund eines Antrags des Einrichtungsträgers entscheidet (wie hier: Schulin PV-HdB/Neumann § 22 Rn. 45; LPK-SGB XI/Brünner/Höfer Rn. 6; VG Freiburg 23.6.1998 – 4 K 133/98, NDV-RD 1999, 58 (60) = BeckRS 1998, 31341557). Dies folgt aus der Funktion, die § 91 im System der Pflegevergütung einnimmt. Die Vorschrift soll das Vereinbarungsprinzip bei der Pflegevergütung in erster Linie wegen des aus verfassungsrechtlichen Gründen (Art. 14 GG) notwendigen Schutzes der Einrichtungsträger sicherstellen. Es besteht dagegen keine Veranlassung, die Pflegekassen dem Spruch der Schiedsstelle zu entziehen.

IV. Kostenerstattung (Abs. 2)

Nimmt der Pflegebedürftige Leistungen einer Einrichtung in Anspruch, die zwar nach § 72 Abs. 2 zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen ist, die mit den Pflegekassen aber keine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen hat, so kann er wegen der pflegebedingten Aufwendungen, die ihm die Pflegeeinrichtung in Rechnung stellt, von seiner Pflegekasse Kostenerstattung beanspruchen. Nach Abs. 2 S. 2 ist der **Erstattungsanspruch begrenzt** auf 80 vH des Betrages, den die Pflegekasse entsprechend der Pflegestufe, der der Versicherte zugeordnet ist, nach den §§ 36, 39 und 41–43 zu leisten hat. Bei Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen sind das höchstens 80 vH der in § 36 Abs. 3 bzw. 4 genannten Höchstbeträge; die Abrechnung von Pflegeeinsätzen ist bis zu den Höchstbeträgen jeweils nachzuweisen. Bei vollstationärer Pflege ist auf den für den Pflegegrad maßgebenden Betrag der Pauschalleistungen nach § 43 Abs. 2 abzustellen. Auf die Pflegeklasse kommt es zum einen deshalb nicht an, weil sich bei Pflegeheimen ohne Vergütungsvereinbarung eine Zuordnung zu Pflegeklassen im Verhältnis zur Pflegekasse von vornherein erübrigt; zum anderen ist die Pflegeklassen-Zuordnung für den Anspruch des Pflegebedürftigen gegen die Pflegekasse ohne Bedeutung.

Auswirkung auf Kombinationsleistung. Nimmt der Pflegebedürftige Pflegeleistungen von einem Pflegedienst in Anspruch, der keine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen hat, und schöpft er hiermit die für ihn maßgebende Höchstgrenze nach § 36 Abs. 3 nicht aus, so besteht insoweit kein Anspruch auf anteiliges Pflegegeld (LSG Nds 26.5.1998 – L 3 P 60/97, Breithaupt 1998, 808 = BeckRS 2014, 65753). Die Kombinationsleistung nach § 38 setzt voraus, dass der Versicherte seinen Sachleistungsanspruch nach § 36 Abs. 3 nicht ausschöpft. An dieser Voraussetzung fehlt es, wenn er den Anspruch auf Kostenerstattung aus § 91 geltend macht. Neben dem aus § 91 folgenden Anspruch auf Kostenerstattung kommt die Gewährung von anteiligem Pflegegeld nach § 38 SGB nicht in Betracht. Der Gesetzgeber hat auch durch die Stellung des Kostenerstattungsanspruchs im Achten Kapitel des SGB XI deutlich gemacht, dass es sich um einen eigenständigen Anspruch handelt, der alternativ neben den Ansprüchen nach den §§ 36 ff. geltend zu machen ist (so auch LSG Nds 26.5.1998 – L 3 P 60/97 Rn. 17, Breithaupt 1998, 808 = BeckRS 2014, 65753).

V. Bindung des Sozialhilfeträgers (Abs. 2 S. 3)

Das Fehlen einer Vergütungsregelung wirkt sich auch auf einen sozialhilferechtlichen Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen aus. Der Sozialhilfeträger darf weder den Differenzbetrag zum vollen Leistungsniveau der sozialen Pflegeversicherung noch weitergehende Pflegekosten, die durch Leistungen einer vertragslosen Pflegeeinrichtung verursacht werden, übernehmen (so auch VG Freiburg 23.6.1998 – 4 K 133/98, NDV-RD 1999, 58 (59) = BeckRS 1998, 31341557). Die Regelung in

Abs. 2 S. 3 ist für das vom Gesetzgeber gewählte Vergütungssystem unerlässlich; denn ohne sie könnten Pflegeeinrichtungen mit Pflegebedürftigen Preisvereinbarungen zulasten des Sozialhilfeträgers abschließen und auf diese Weise das vertragliche Vergütungssystem des achten Buches unterlaufen. Die durch S. 3 verursachte Einschränkung der Wahlfreiheit des auf Sozialhilfeleistungen angewiesenen Pflegebedürftigen ist hinzunehmen, solange eine ausreichende Auswahl an Pflegeeinrichtungen mit Vergütungsregelung existiert.

VI. Bindung der privaten Pflegeversicherung (Abs. 3)

- 8 Die Abs. 1 und 2 sind auch für Versicherungsnehmer der privaten Pflegeversicherung verbindlich; dh die privaten Versicherungsunternehmen müssen ihre Versicherungsbedingungen entsprechend ausgestalten. Dies ist eine Konsequenz des in § 84 Abs. 3 festgelegten Grundsatzes, dass die Pflegesätze für alle Heimbewohner nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen sind und eine Differenzierung nach Kostenträgern unzulässig ist. Dieser Grundsatz gilt auch für die ambulante Pflegevergütung (§ 89 Abs. 1 S. 3 Hs. 2).

VII. Information der Pflegebedürftigen (Abs. 4)

- 9 Die Pflegebedürftigen müssen von der Entscheidung der Pflegeeinrichtung und den sich hieraus ergebenden Auswirkungen auf ihre Leistungsansprüche rechtzeitig in Kenntnis gesetzt werden, um Dispositionen zu ermöglichen (zur Möglichkeit eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs bei Verletzung der Aufklärungs- und Beratungspflicht mit der Rechtsfolge einer 100%igen Kostenerstattung für die Inanspruchnahme der vergütungsvertragslosen Pflegeeinrichtung vgl. LSG Nds 26.5.1998 – L 3 P 60/97 Rn. 19, Breithaupt 1998, 808 = BeckRS 2014, 65753). Ist der vertraglose Zustand dem Pflegebedürftigen im Vorhinein bekannt, so kann er sich hierauf einstellen und er trifft bewusst eine Entscheidung für eine höhere Eigenbeteiligung. Unbefriedigender ist die Situation jedoch, wenn eine Pflegeeinrichtung zunächst eine Vergütungsbindung eingeht, diese aber später, etwa anlässlich einer Verhandlung über eine Erhöhung der Entgelte, nicht fortsetzt. Pflegebeziehungen lassen sich, zumal im stationären Bereich, nicht kurzfristig ändern. Hieraus könnte sich im Verhältnis der Pflegeeinrichtung zum Pflegebedürftigen eine Pflicht zur Rücksichtnahme ergeben, die es der Pflegeeinrichtung verwehrt, den Pflegebedürftigen während einer Übergangsfrist mit Kosten zu belasten, die bei einer Fortsetzung der Vergütungsbindung nicht entstanden wären (eingehend hierzu VG Freiburg 23.6.1998 – 4 K 133/98, NDV-RD 1999, 58 (60) = BeckRS 1998, 31341557).

§ 92 (aufgehoben)

- 1 Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 25 PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) mWz 1.1.2016 aufgehoben.

§ 92a Pflegeheimvergleich

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

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

zu unterstützen. ²Die Pflegeheime sind länderbezogen, Einrichtung für Einrichtung, insbesondere hinsichtlich ihrer Leistungs- und Belegungsstrukturen, ihrer Pflegesätze und Entgelte sowie ihrer gesondert berechenbaren Investitionskosten miteinander zu vergleichen.

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

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

(3) ¹Zur Ermittlung der Vergleichsdaten ist vorrangig auf die verfügbaren Daten aus den Versorgungsverträgen sowie den Pflegesatz- und Entgeltvereinbarungen über

1. die Versorgungsstrukturen einschließlich der personellen und sächlichen Ausstattung,
2. die Leistungen, Pflegesätze und sonstigen Entgelte der Pflegeheime und auf die Daten aus den Vereinbarungen über Zusatzleistungen zurückzugreifen. ²Soweit dies für die Zwecke des Pflegeheimvergleichs erforderlich ist, haben die Pflegeheime der mit der Durchführung des Pflegeheimvergleichs beauftragten Stelle auf Verlangen zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, insbesondere auch über die von ihnen gesondert berechneten Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4).

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

1. den zuständigen Landesbehörden,
2. den Vereinigungen der Pflegeheimträger im Land,
3. den Landesverbänden der Pflegekassen,
4. dem Medizinischen Dienst,
5. dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Land sowie
6. den nach Landesrecht zuständigen Trägern der Sozialhilfe zugänglich gemacht werden. ²Die Beteiligten nach Satz 1 sind befugt, die Vergleichsdaten ihren Verbänden oder Vereinigungen auf Bundesebene zu übermitteln; die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, die für Prüfzwecke erforderlichen Vergleichsdaten den von ihnen zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen zugänglich zu machen.

(5) ¹Vor Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeheime auf Bundesebene anzuhören. ²Im Rahmen der Anhörung können diese auch Vorschläge für eine Rechtsverordnung nach Absatz 1 oder für einzelne Regelungen einer solchen Rechtsverordnung vorlegen.

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

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

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

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Angestrebte Ziele	3
IV. Zusammenführung einrichtungsbezogener Daten	4

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist durch das PQsG v. 9.9.2001 (BGBl. I 2320; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 731/00, BT-Drs. 14/5395, BT-Drs. 14/6308 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) mWv 1.1.2002 eingefügt worden. Durch das GKV-WSG v. 26.3.2007 (BGBl. I 378; Gesetzesmaterialien: BT-Drs. 16/3100, BT-Drs. 16/4200 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 16/4247 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden zum 1.7.2008 Änderungen vorgenommen, die die Änderungen der Organisationsstrukturen der Kassenverbände betrafen. Bereits vor in Krafttreten dieser Änderung wurde die Vorschrift mit Art. 1 Nr. 55 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz v. 28.5.2008 (BGBl. I 874; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 718/07, BT-Drs. 16/7439, BT-Drs. 16/8525 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) ebenfalls mWz 1.7.2008 durchgehend geändert und an die geänderten Vorschriften der Qualitätssicherungsregelungen (Streichung des § 80a und Änderung des § 112) angepasst. Mit Art. 17 Nr. 5 MDK-Reformgesetz v. 14.12.2019 (BGBl. I 2789; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 359/19, BT-Drs. 19/13397, BT-Drs. 19/14871 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde Abs. 4 S. 1 Nr. 4 an die Änderung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zum Medizinischen Dienst angepasst.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift enthält keine Rechtsgrundlage für die Aufstellung eines Pflegeheimvergleichs, sondern lediglich eine Ermächtigungsgrundlage für die Bundesregierung, eine solche Grundlage durch Rechtsverordnung zu schaffen. Zum Erlass einer solchen Verordnung ist es bislang jedoch nicht gekommen. Die Vorschrift enthält in Abs. 1 eine Beschreibung der Ziele eines Pflegeheimvergleichs; in Abs. 2 Vorgaben für die organisatorische Durchführung und Finanzierung sowie für die Datenerhebung und -verarbeitung (Abs. 2 Nr. 3). Details zum Umfang der Datenerhebung und zum Datenschutz sind dann in Abs. 3 und 7, zur Übermittlung von Daten in Abs. 4 geregelt. Abs. 5 legt die vor Erlass einer Verordnung anzuhörenden Institutionen fest; Abs. 6 erlaubt den Verbänden der Pflegekassen, die für den Vergleich maßgebenden Leistungs-, Belegungs- und Vergütungsdaten zu veröffentli-

chen. Schließlich ermächtigt Abs. 8 die Bundesregierung, eine entsprechende Verordnung mit länderbezogenen Vergleichen auch für zugelassene Pflegedienste zu erlassen.

III. Angestrebte Ziele

Abs. 1 beschreibt die Ziele die mit dem Vergleich angestrebt werden: er soll die Landesverbände der Pflegekassen bei der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, die Vertragsparteien von Vergütungs- und Entgeltvereinbarungen sowie die Pflegekassen bei der Erstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten unterstützen. Abs. 1 S. 2, der eine länderbezogene Erfassung der einzelnen Pflegeheime vorschreibt, macht deutlich, dass mit dem Pflegeheimvergleich auch die Voraussetzungen für den von der Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG 14.12.2000 – B 3 P 19/00 R, BSGE 87, 199 = SozR 3–3300 § 85 Nr. 1, SozR 3–3300 § 84 Nr. 2 = BeckRS 2001, 40654) geforderten „externen Vergleich“ geschaffen werden sollen (vgl. hierzu auch BSG 13.5.2015 – B 6 KA 20/14 R, BSGE 119, 43 = SozR 4–2500 § 120 Nr. 4, SozR 4–1500 § 131 Nr. 8, SozR 4–1500 § 10 Nr. 10 Rn. 44 = BeckRS 2015, 71872:

„Zwar sind nach § 92a Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Pflegeheime ‚länderbezogen, Einrichtung für Einrichtung‘ miteinander zu vergleichen. Der Pflegeheimvergleich soll jedoch nach der Gesetzesbegründung nicht die Grundlage dazu liefern, die Vergütungen für die Pflegeheime anhand landesweiter oder regionaler Durchschnittswerte festzulegen, da eine solche Vorgehensweise dem gesetzlich verankerten Anspruch auf leistungsgerechte Entgelte zuwiderliefe (§ 84 Abs. 2 SGB XI). Es müsse sichergestellt sein, dass die Vergütungen einem Heim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen individuellen, mit den Kostenträgern vereinbarten Versorgungsauftrag zu erfüllen. Entsprechend lege § 92a Abs. 2 Satz 2 SGB XI fest, dass der Pflegeheimvergleich Einrichtung für Einrichtung anhand der individuellen Leistungs- und Belegungsstrukturen, Pflegesätze und Entgelte sowie der gesondert berechenbaren Investitionskosten vorzunehmen sei [BT-Drucks. 14/5395 S. 37].“).

Der Pflegeheimvergleich soll mehr sein als eine bloße Preisvergleichsliste. Die Unterstützung der Pflegekassen bei der von diesen zu erstellenden Preisvergleichslisten ist nur eines von mehreren Zielen. Von grundlegender Bedeutung ist vor allem die Einbeziehung der wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale, die zwischen den Leistungsträgern und den Einrichtungen zu vereinbaren sind (§ 84 Abs. 4). Letzteres war in der ursprünglichen Fassung der Regelung ausdrücklich aufgeführt (Abs. 1 S. 1 Nr. 1 aF), wurde im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aber wegen der Bezugnahme auf die aufgehobene Regelung in § 80a gestrichen. In der Praxis wird die Einbeziehung von Qualitätsaspekten als schwierig angesehen, solange Orientierungswerte zu Personalbedarf und Pflegezeiten, die in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 zu vereinbaren sind, fehlen (LPK-SGB XI/Richter Rn. 5 nun zudem mit Hinweis auf die wissenschaftliche Begleitung nach § 18c und da insbes. Abs. 2 S. 4 Nr. 5, wonach ua auch die Entwicklung der ambulanten Pflegevergütungen und der stationären Pflegesätze einschließlich der einrichtungseinheitlichen Eigenteile Gegenstand der anzustellenden Evaluation sind).

IV. Zusammenführung einrichtungsbezogener Daten

Abs. 3 erweckt vordergründig den Eindruck, lediglich der Verwaltungspraktikabilität zu dienen. Konsequenz der Regelung ist jedoch eine konzentrierte Zusammenführung einrichtungsbezogener Daten, die im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 GG

nicht unproblematisch erscheint (so zutreffend LPK-SGB XI/Richter Rn. 7). Neben den Daten aus Versorgungsverträgen sowie Pflegesatz- und Entgeltvereinbarungen, die den Leistungsträgern vorliegen und von ihnen zusammengeführt werden sollen, haben die Pflegeheime auch noch zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, die für den Vergleich relevant sind; ausdrücklich genannt werden insoweit die gesondert berechneten Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4), die von den Pflegekassen ansonsten nicht kontrolliert werden. Zur Einschränkung der wirtschaftlichen Betätigungsfreiheit der Einrichtungsträger vgl. Neumann/Bieritz-Harder, Die leistungsgerechte Pflegevergütung, 2002; Griep PflR 2002, 313.

Fünfter Abschnitt. Integrierte Versorgung

§ 92b Integrierte Versorgung

- (1) Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten.
- (2) ¹In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen der integrierten Versorgung sowie deren Vergütung zu regeln. ²Diese Verträge können von den Vorschriften der §§ 75, 85 und 89 abweichende Regelungen treffen, wenn sie dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entsprechen, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen verbessern oder aus sonstigen Gründen zur Durchführung der integrierten Versorgung erforderlich sind. ³In den Pflegevergütungen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen. ⁴Soweit Pflegeeinrichtungen durch die integrierte Versorgung Mehraufwendungen für Pflegeleistungen entstehen, vereinbaren die Beteiligten leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegevergütungen (§§ 85 und 89). ⁵§ 140a Absatz 2 Satz 1 bis 3 des Fünften Buches gilt für Leistungsansprüche der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse entsprechend.
- (3) § 140a Absatz 4 des Fünften Buches gilt für die Teilnahme der Pflegeversicherten an den integrierten Versorgungsformen entsprechend.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Vertragspartner der integrierten Versorgung (Abs. 1)	3
IV. Gegenstand der Verträge (Abs. 2)	4
V. Informationsrechte und Datenschutz (Abs. 3)	5

I. Geltende Fassung

1 Die Vorschrift ist durch Art. 8 Nr. 40 GKV-WSG v. 26.3.2007 (BGBl. I 378; Gesetzesmaterialien: BT-Drs. 16/3100, BT-Drs. 16/4200 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 16/4247 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) mWv 1.4.2007 eingefügt worden. Zur Begr. des RegE vgl. BT-Drs. 16/3100, 188.

Im GKV-VSG vom 16.7.2015 (BGBl. I 1211; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 641/14, BT-Drs. 18/4095, BT-Drs. 18/5123) wurden die Verweise in Abs. 1, Abs. 2 S. 5 und Abs. 3 auf Vorschriften des SGB V über Verträge zur integrierten Versorgung geändert und an die nF des SGB V angepasst.

II. Normzweck

Die Vorschrift bezieht die Leistungserbringung in der Pflege in die mit dem GKV- 2
Gesundheitsreformgesetz 2000 (BGBl. 1999 I 2657) im Krankenversicherungsrecht eingeführte integrierte Versorgung ein. Mit der integrierten Versorgung wollte der Gesetzgeber vor allem die starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchbrechen. Durch Verträge zwischen Kranken- bzw. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie den in § 140b Abs. 1 SGB V aufgeführten Leistungserbringern (vor allem: niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser) sollen ambulante und stationäre sowie kurative und pflegerische Bestandteile der Versorgung Pflegebedürftiger besser aufeinander abgestimmt werden. Das Gesamtkonzept einer Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung Pflegebedürftiger ist in § 12 geregelt. Nach § 12 Abs. 2 S. 2 sind die Pflegekassen gehalten, das Instrument der integrierten Versorgung zu nutzen; ergänzend sollen sie zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung entweder **Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten** eingehen (etwa im Rahmen von Verträgen nach §§ 73b und 73c SGB V) oder § 119b SGB V „anwenden“. § 119b SGB V wurde durch Art. 6 Nr. 10 PflegeWEG eingefügt, um die unzureichende ambulante ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zu verbessern. Die Norm gibt Pflegeheimen einen Anspruch auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen, die in der Einrichtung leben, soweit eine ausreichende ärztliche Versorgung ohne einen in der Einrichtung tätigen angestellten Heimarzt nicht sichergestellt ist (BT-Drs. 16/7439, 97).

III. Vertragspartner der integrierten Versorgung (Abs. 1)

Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen erweitern den Kreis der nach 3
§ 140a Abs. 3 SGB V zur Teilnahme an der integrierten Versorgung berechtigten Partner. Die Pflegekassen unterliegen insoweit allerdings keinem Kontrahierungszwang. Auch die Pflegebedürftigen sind nicht verpflichtet, Leistungen der integrierten Versorgung in Anspruch zu nehmen (§ 140a Abs. 4 SGB V); auch wenn die Einrichtung, die sie versorgt einem Netzwerk angehört.

IV. Gegenstand der Verträge (Abs. 2)

Die integrierte Versorgung wird von den Vorgaben des Leistungserbringerrechts 4
weitgehend freigestellt. Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen wie auch deren Vergütung müssen vertraglich geregelt werden. Die Vereinbarungen werden von den Vorgaben der für das jeweilige Land maßgebenden Rahmenverträge nach § 75 freigestellt, soweit Besonderheiten der integrierten Versorgung dies verlangen oder abweichende Vereinbarungen erforderlich sind, um Qualität, Wirtschaftlichkeit oder Wirksamkeit der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung zu verbessern (**Abs. 2 S. 2**). Mit dieser Begründung können Vergütungsvereinbarungen bei einer Leistungserbringung innerhalb der integrierten Versorgung auch von den Regelungen des Pflegesatzverfahrens (§ 85) bzw. den Vorgaben für die Festsetzung der Vergü-

tung ambulanter Pflegeleistungen (§ 89) abweichen. Nach **Abs. 2 S. 3** dürfen in den Pflegevergütungen allerdings keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der Pflegeversicherung unterliegen; hierzu zählen etwa Investitionskosten oder Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Entstehen durch die integrierte Versorgung Mehraufwendungen für Pflegeleistungen, so können leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegevergütungen vereinbart werden (Abs. 2 S. 4). **Abs. 2 S. 5** erklärt § 140a Abs. 2 S. 1–3 SGB V für entsprechend anwendbar. Danach müssen sich die Vertragspartner der Pflegekassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die an der integrierten Versorgung beteiligten Leistungserbringer sind danach verpflichtet, ein Versorgungsniveau sicher zu stellen, das dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (§ 11 Abs. 1) entspricht und insbesondere die nach § 113 f. aufgestellten Qualitätsmaßstäbe beachtet.

V. Informationsrechte und Datenschutz (Abs. 3)

- 5 Abs. 3 verweist hinsichtlich der Informationsrechte der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse bei Teilnahme der Versicherten an Angeboten der integrierten Versorgung auf § 140a Abs. 4 SGB V: Nach § 140a Abs. 4 SGB V ist die Teilnahme an den integrierten Versorgungsformen freiwillig.

Sechster Abschnitt. weggefallen

§§ 92c–92f (aufgehoben)

Neuntes Kapitel. Datenschutz und Statistik

Vorbemerkungen zu §§ 93 bis 109

Übersicht

	Rn.
I. Allgemeines	1
II. Verfassungsrechtliche und europarechtliche Grundlagen des Datenschutzes	2
1. Verfassungsrechtliche Grundlagen	2
2. EU-Recht	7
3. Verhältnis des (einfachen) nationalen Rechts zur DS-GVO	11
4. Verhältnis Grundgesetz–DS-GVO	14
III. Grundsätze der Datenverarbeitung	15
1. Erfordernis einer Rechtsgrundlage	15
2. Datenminimierung/-sparsamkeit	19
3. Privacy by Design und Privacy by Default	20
4. Zweckbindung	21
5. Rechenschaftspflicht	22
6. Technologieneutralität und risikobasierter Ansatz	23
IV. Grundlegende Begriffsbestimmungen und spezifische Verarbeitungsvorgänge	25
1. Personenbezogene Daten	25
2. Besondere Kategorien von Daten	27
3. Sozialdaten	28
V. Verantwortlicher, Dritter und Auftragsverarbeiter	30
1. Verantwortliche und Dritte	30
2. Auftragsverarbeiter	33
3. Gemeinsam Verantwortliche	35
4. Ärzte als Auftragsverarbeiter	37
5. Erheben von Daten	38
a) Definition	38
b) Erforderlichkeit der Datenerhebung	39
c) Gebot der Direkterhebung	40
6. Speichern von Daten	42
7. Übermitteln von Daten	43
8. Voraussetzungen der Einwilligung	47
VI. Die ärztliche Schweigepflicht	55
VII. Hausbesuche	60
VIII. Weitere Regelungen des Datenschutzes im SGB XI	63
IX. Private Pflegeversicherungsunternehmen	64
X. Betroffenenrechte	70
1. Informationspflichten (Art. 13, 14 DS-GVO)	71
2. Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO)	75
3. Recht auf Auskunft (Art. 15 DS-GVO)	77
4. Recht auf Löschung („Recht auf Vergessenwerden“, Art. 17 DS-GVO)	84
5. Recht auf Datenübertragbarkeit	85
XI. Konsequenzen bei der Nichtbeachtung von datenschutzrechtlichen Vorschriften	86
1. Sanktionen	86

	R.n.
2. Schadensersatz	87
3. Verfahrensrechtliche Sanktionen	91
4. Neue Klagemöglichkeiten	95

I. Allgemeines

- Das Neunte Kapitel regelt die Grundsätze der Datenverwendung in der Pflegeversicherung (§§ 93–98), die Informationsgrundlagen der Pflegekassen (§§ 99–103), die Übermittlung von Leistungsdaten durch Leistungserbringer und Pflegekassen (§§ 104–106), die Datenlöschung (§ 107) und die Erteilung von Auskünften an Versicherte über die in Anspruch genommenen Leistungen (§ 108) sowie in § 109 die Ermächtigung der Bundesregierung, die Anlegung von Pflegestatistiken anzuordnen. Diese bereichsspezifischen, datenschutzrechtlichen Regelungen werden durch die Vorschriften des Sozialdatenschutzes in den §§ 67–85 SGB X sowie durch § 35 SGB I ergänzt (Schulin PV-HdB/Hase § 23). Diese nationalen Vorschriften konkretisieren seit dem 25.5.2018 nur noch die Vorgaben der Europäischen Datenschutzgrundverordnung oder füllen durch eigene Regelungen dortige Öffnungsklauseln aus (das Regelwerk, das die grundlegenden Vorschriften für den Datenschutz vorgibt; dazu Bieresborn NZS 2017, 887; Freund/Shagdar SGB 2018, 195 ff., 267 ff.). Die Vorschriften über die Informationsgrundlagen der Privaten Krankenversicherung, die Übermittlung von Leistungsdaten sowie die Datenlöschung sind nahezu deckungsgleich mit entsprechenden Vorschriften der GKV in den §§ 288–305 SGB V. Die datenschutzrechtlichen Vorschriften des Neunten Kapitels regeln die Voraussetzungen, das Verfahren, den Umfang und die Grenzen der für Zwecke der Pflegeversicherung zulässigen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung. Die Vorschriften knüpfen weitgehend an die Datenschutzvorschriften der GKV (§§ 284, 287 SGB V) an. Die Statistikvorschrift (§ 109 SGB XI) soll sicherstellen, dass die für den Aufbau, die Erhaltung und die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung notwendigen Angaben ermittelt werden.

II. Verfassungsrechtliche und europarechtliche Grundlagen des Datenschutzes

1. Verfassungsrechtliche Grundlagen

- Die Pflicht zur Beachtung des Datenschutzes resultiert unmittelbar aus dem „Recht der informationellen Selbstbestimmung“, das Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (APR) ist (BVerfG 15.12.1983 – 1 BvR 209/83, BVerfGE 65, 1 (41 ff.) = BeckRS 1983, 107398; Simitis NJW 1984, 398 (399)). Das Grundrecht „Allgemeines Persönlichkeitsrecht“ (APR) wird abgeleitet aus der Kombination zweier Grundrechte, nämlich dem Recht auf Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) und der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG).
- Das **informationelle Selbstbestimmungsrecht** ist ein subjektives Recht, das als interpretatorische Fortschreibung des Persönlichkeitsschutzes Grundrechtsschutz genießt (vgl. Dürig/Herzog/Scholz/Di Fabio, 39. EL 7/2011, GG Art. 2 Rn. 173). Es umfasst das Recht des Einzelnen, grds. selbst zu entscheiden, wann und innerhalb welcher Grenzen persönliche Lebenssachverhalte offenbart werden (BVerfG 15.12.1983 – 1 BvR 209/83, BVerfGE 65, 1 (42) = BeckRS 1983, 107398 – Volkszählung; Jarass/Pieroth/Jarass GG Art. 2 Rn. 44 ff.). In den Schutzbereich des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung fallen alle Einzeldaten, die eine natürliche Person bestimmen bzw. bestimmbar machen, die einen in der Person des

Betroffenen liegenden oder auf diesen bezogenen Sachverhalt beschreiben und die die Charakterisierung oder Identifizierung des Betroffenen ermöglichen. Soziale Rechte betreffen in hohem Maße sehr persönliche Entscheidungen und machen die Bekanntgabe vielfältiger Sozialdaten notwendig. Dies zwingt dazu, das vom Grundgesetz (Art. 2 Abs. 1 GG iVm Art. 1 Abs. 1 GG) gewährleistete allgemeine Persönlichkeitsrecht und das davon mit umfasste Recht des Einzelnen auf „informationelle Selbstbestimmung“ im Sozialleistungsbereich in besonderem Maße zu beachten.

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung flankiert und erweitert den grundrechtlichen Schutz von Verhaltensfreiheit und Privatheit, indem es ihn bereits auf der Stufe der **Persönlichkeitsgefährdung** beginnen lässt. Eine derartige Gefährdungslage kann bereits im Vorfeld konkreter Bedrohungen benennbarer Rechtsgüter entstehen, so insbesondere, wenn personenbezogene Informationen in einer Art und Weise genutzt und verknüpft werden, die der Betroffene weder überschauen noch beherrschen kann. Vor allem mittels elektronischer Datenverarbeitung können aus solchen Informationen weitere Informationen erzeugt und so Schlüsse gezogen werden, die sowohl die grundrechtlich geschützten Geheimhaltungsinteressen des Betroffenen beeinträchtigen als auch Eingriffe in seine Verhaltensfreiheit mit sich bringen können (vgl. BVerfG 15.12.1983 – 1 BvR 209/83, BVerfGE 65, 1 (42) = BeckRS 1983, 107398; 12.4.2005 – 2 BvR 1027/02, BVerfGE 113, 29 (45 f.) = BeckRS 2005, 27151; 4.4.2006 – 1 BvR 518/02, BVerfGE 115, 320 (342) = BeckRS 2006, 23166).

Als mögliche **Eingriffe** in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung gelten alle Formen der Erhebung, Kenntnisnahme, Speicherung, Verwendung, Weitergabe oder Veröffentlichung von persönlichen Informationen (Dürig/Herzog/Scholz/Di Fabio, 39. EL 7/2011, GG Art. 2 Rn. 176). Das SGB X unterscheidet insofern zwischen dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten. Als besonders intensiver Eingriff gilt als besondere Form des Verarbeitens die Übermittlung an Dritte (s. → Schütze/Bieresborn SGB X Vor §§ 67–85a Rn. 74; → Schütze/Bieresborn SGB X § 67b Rn. 27).

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung wird **nicht schrankenlos** gewährleistet, vielmehr muss der Einzelne grundsätzlich Einschränkungen **im überwiegenden Allgemeininteresse** hinnehmen (BVerfG 15.12.1983 – 1 BvR 209/83, BVerfGE 65, 1 (44) = BeckRS 1983, 107398; BVerfG 15.3.2001 – 2 BvR 1841/00, EuGRZ 2001, 249 (252) = BeckRS 2001, 167904), mit Ausnahme der Intimsphäre als Kernbereich privater Lebensgestaltung (BVerfG 15.1.1970 – 1 BvR 13/68, BVerfGE 27, 344 (351) = BeckRS 1970, 106805; BVerfG 3.6.1987 – 1 BvR 313/85, BVerfGE 75, 369 (380) = BeckRS 1987, 782; BVerfG 14.9.1989 – 2 BvR 1062/87, BVerfGE 80, 367 ff. = BeckRS 1989, 4531). Ansonsten bedürfen Beschränkungen einer verfassungsmäßigen, gesetzlichen Grundlage, aus der sich die Voraussetzungen und der Umfang der Beschränkungen klar und für den Bürger erkennbar ergeben, und die damit dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit entspricht (BVerfG 15.12.1983 – 1 BvR 209/83, BVerfGE 65, 1 (46) = BeckRS 1983, 107398; vgl. Dürig/Herzog/Scholz/Di Fabio, 39. EL 7/2011, GG Art. 2 Rn. 182). Dabei hat der Gesetzgeber den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten: An den mit dem Eingriff verfolgten Zweck sind umso höhere Anforderungen zu stellen, je tiefer die in den Daten gespeicherten Informationen Auskunft über den privaten Bereich des Betroffenen geben und je intensiver die Daten genutzt werden sollen (BVerfG 9.3.1988 – 1 BvL 49/86, BVerfGE 78, 77 (85 ff.) = BeckRS 1988, 275; s. zuletzt BVerfG 11.3.2008 – 1 BvR 2074/05, BVerfGE 120, 378 Rn. 162 = BeckRS 2008, 33081). Keine Rolle kann es für die Legitimation eines Eingriffs spielen, ob er im Rahmen eines belastenden Verwaltungshandelns oder in einer Leistungssituation erfolgt, weil der Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht isoliert betrachtet immer ein belastendes Verwaltungshandeln bedeutet.

2. EU-Recht

- 7 Nach **Art. 8 Abs. 1 GRCh** hat jede Person das Recht auf Schutz der sie betreffenden personenbezogenen Daten. Diese findet nur bei der zumindest mittelbaren Durchführung von Europarecht Anwendung (vgl. Art. 51 Abs. 1 GRCh; vgl. Schwerdtfeger in Meyer/Hölscheidt/Schwerdtfeger GRCh Art. 51 Rn. 9 ff.). Art. 8 Abs. 2 GRCh enthält mit der Erwähnung der Einwilligung eine eigene grundrechts-spezifische Schranke (Meyer/Hölscheidt/Bernsdorff GRCh Art. 8 Rn. 17) und inkorporiert hierbei die Anforderungen aus Art. 16 AEUV (Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union) sowie der inzwischen durch die DS-GVO abgelösten Datenschutzrichtlinie RL 95/46 EG (Hilf, Die Schranken der EU-Grundrechte, § 164 Rn. 58). Demgegenüber gelten die horizontalen Schranken aus Art. 52 Abs. 1 GRCh wie Wesensgarantie und Verhältnismäßigkeit als subsidiär (Holoubek/Lienbacher/Riesz GRCh Art. 8 Rn. 69; Jarass GRCh EU-Grundrechte-Charta Art. 8 Rn. 8; vgl. aber EuGH 5.5.2011 – C-543/09, BeckEuRS 2011, 576295). Mehr noch als die als eigentumsanalog beschriebene Konzeption des GG wird Art. 8 GRCh als instrumentelles Recht zur Gewährleistung innerer Entfaltungsfreiheit verstanden (BeckOK DatenschutzR/Wolff/Brink/v. Ungern-Sternberg, C.III.2., Das explizite Datenschutzgrundrecht gem. Art. 8 GRCh, Rn. 25.1 mwN).
- 8 Für den Datenschutz war zunächst von herausragender Bedeutung die **Datenschutz-RL** (Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr vom 24.10.1995, Abl. 1995 L 281, 31, zuletzt geändert durch VO (EG) Nr. 1882/2003 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 29.9.2003, Abl. 2003 L 284, 1), die eine bereichsübergreifende Harmonisierung des Schutzes Betroffener und ihrer Grundrechte in der Union zum Inhalt und den freien Verkehr mit personenbezogenen Daten und damit das Funktionieren des Binnenmarktes zum Ziel hatte (EuGH 6.11.2003 – C-101/01, Slg. 2003, I-12971 = BeckRS 2004, 74038; Spiecker/Döhmman/Eisenbarth JZ 2011, 169 (170)) und durch die DS-GVO abgelöst wurde. Die unmittelbare Wirkung entfaltende RL (EuGH 24.11.2011 – C-468/10, CR 2012, 29 = BeckRS 2011, 81683) erforderte eine gesonderte Umsetzung in das deutsche Recht und führte letztlich zur umfassenden Änderung des SGB X durch das Gesetz zur Änderung des BDSG und anderer Gesetze v. 18.5.2001 (BGBl. I 904; BR-Drs. 461/00).
- 9 Das Europäische Parlament und der Rat und die Kommission der Europäischen Union haben nach mehr als vierjährigem Vorlauf am 27.4.2016 die **VO (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der RL 95/46/EG Datenschutz-Grundverordnung**, Abl. L 119 v. 4.5.2016, S. 1; L 314 v. 22.11.2016, S. 72; L 127 v. 23.5.2018, S. 2 (**Datenschutzgrundverordnung** im Folgenden: DS-GVO) verabschiedet, die am 24.5.2016 in Kraft getreten ist. Gem. Art. 99 Abs. 2 der DS-GVO gilt diese nach einer zweijährigen Übergangszeit seit dem 25.5.2018 in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union unmittelbar und bedurfte als ein Rechtsakt iSd Art. 288 Abs. 2 AEUV keiner Umsetzung ins nationale Recht. Ihrer unmittelbaren Geltung kommt der DS-GVO ein **Anwendungsvorrang** gegenüber dem nationalen Recht zu, so dass zur DS-GVO im Widerspruch stehendes nationales Recht ab Geltungsbeginn der DS-GVO nicht mehr zur Anwendung kommen darf (Grundsatz vom Vorrang des Europarechts, vgl. EuGH 15.7.1964 – 6/64, Slg. 1964, I-1251 = NJW 1964, 2371 – Costa/E.N.E.L; EuGH 7.2.1991 – C 184/89, Slg. 1991, I-297 Rn. 19 = NVwZ 1991, 461 – Nimz; BVerfG 8.4.1987 – 2 BvR 687/85, BVerfGE 75, 223 (244) = NJW 1988, 1459; BVerfG 28.1.1992 – 1 BvR 1025/82, 1 BvL 16/83, 1 BvL 10/91, BVerfGE 85, 191 (204) = NJW 1992, 964). Das erklärte Ziel der DS-GVO ist es, „einen soliden, kohärenten

und klar durchsetzbaren Rechtsrahmen im Bereich des Datenschutzes“ zu schaffen (vgl. Erwgr. 7 DS-GVO). Der europäische Gesetzgeber griff auf die stärkste Form des Rechtsaktes zurück, die ihm zusteht, um die Harmonisierung voranzubringen, was mit der Datenschutz-Richtlinie von 1995 nicht im erwünschten Maße gelungen war. Die DS-GVO gilt für **sämtliche Verarbeitungsvorgänge** personenbezogener Daten vorbehaltlich der **Ausnahmen** in Art. 2 Abs. 2 DS-GVO unabhängig davon, ob es sich um private oder öffentliche Datenverarbeiter handelt. Zu den Ausnahmen gehören die Ausübung aussch. persönlicher oder familiärer Tätigkeiten (Art. 2 Abs. 2 Buchst. c DS-GVO) sowie Tätigkeiten von Strafverfolgungs- und Gefahrenabwehrbehörden, weil insofern die RL (EU) 2016/680 (Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27.4.2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten durch die zuständigen Behörden zum Zwecke der Verhütung, Ermittlung, Aufdeckung oder Verfolgung von Straftaten oder der Strafvollstreckung sowie zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung des Rahmenbeschlusses 2008/977/JI des Rates) gilt; s. dazu Schütze/Bieresborn SGB X Vor §§ 67–85a Rn. 65; Bieresborn NZS 2017, 887 (891)).

Die **originäre Anwendbarkeit der DS-GVO auf die Datenverarbeitung im deutschen Sozialleistungssystem** hat das BSG bisher dahinstehen lassen (BSG 20.1.2021 – B 1 KR 7/20 R, BeckRS 2021, 13901 Rn. 25 ff.; vgl. bereits BSG 18.12.2018 – B 1 KR 31/17 R, BSGE 127, 181 ff. = SozR 4–2500 § 284 Nr. 4 Rn. 15 = BeckRS 2018, 33790, ZD 2019, 326; krit. Kircher SGB 2021, 649 (651)), weil dies jedenfalls über § 35 Abs. 2 S. 2 SGB I entscheidend der Fall sei. Zwar ist die Organisation des Gesundheitswesens gem. Art. 168 Abs. 7 S. 1 und 2 AEUV Sache der Mitgliedstaaten, im Kern geht es jedoch um Datenschutz, den die DS-GVO mit den in Art. 2 Abs. 2 genannten Ausnahmen umfassend regeln will (EuGH 20.5.2003 – C-465/00, EuR 2004, 276 = BeckRS 2004, 77378 „ORF“ noch zur Datenschutzrichtlinie 95; vgl. für einen weiten Anwendungsbereich Generalanwalt Szpunar in den Schlussanträgen vom 17.12.2020 in der Rs. C-439/19, BeckRS 2020, 35946 Rn. 47 ff.; Kieck/Pohl DuD 2017, 567; von der Groeben/Schwarze/Hatje/Brühmann AEUV Art. 16 Rn. 65 ff.; Kühling/Buchner/Kühling/Raab DS-GVO/BDSG Einführung Rn. 8; speziell für das Gesundheitswesen Kühling/Buchner/Weichert DS-GVO Art. 9 Rn. 96; von der Groeben/Schwarze/Hatje/Nigge-meier AEUV Art. 168 Rn. 75), zumal Art. 16 AEUV mit seiner Rechtsetzungsermächtigung eine objektiv-rechtliche Querschnittsverpflichtung auf den Datenschutz enthält (Streinz/Schröder EUV/AEUV AEUV Art. 16 Rn. 6 mwN). Der EuGH hat unter Hinweis auf seine bisherige Rechtsprechung zu Art. 3 Abs. 2 RL 95/46/EG bestätigt, dass die Ausnahme in Art. 2 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO eng auszulegen und im Lichte von Erwgr. 16 zur DS-GVO so zu verstehen ist, dass Verarbeitungen personenbezogener Daten von staatlichen Stellen allein zur Wahrung der nationalen Sicherheit dienenden Tätigkeit vorgenommen werden (EuGH 22.6.2021 – C-439/19, BeckRS 2021, 15289 Rn. 62 ff. – Latvijas Republikas Satversmes tiesa; vgl. bereits zu Art. 3 Abs. 2 RL 95/46/EG EuGH 9.7.2020 – C-272/19, BeckRS 2020, 15182, ZD 2020, 577 – Land Hessen).

3. Verhältnis des (einfachen) nationalen Rechts zur DS-GVO

Den nationalen Datenschutz-Vorschriften wie BDSG, SGB I, SGB X und den bereichsspezifischen Normen im SGB XI kommt nur noch die durch Art. 6 Abs. 2 und 3 DS-GVO ermöglichte Rolle der Konkretisierung und Präzisierung der Verarbeitungsgrundlagen zu, die jeweils einer am Rechtsstaatsprinzip zu messenden weiteren Regelung bedürfen (vgl. BT-Drs. 18/12611, 110). Darüber hinaus füllen sie dort, wo Öffnungsklauseln bestehen, den geöffneten Rahmen durch eigene Regelungen aus (krit. Kühling NJW 2017, 1985 (1986); Benecke/Wagner DVBl. 2016, 600 f.).

- 12 Aufgrund der unmittelbaren Wirkung der DS-GVO einerseits und des **Wiederholungsverbots** der Verordnungsinhalte in nationalen Gesetzen andererseits müssen die jeweiligen Regeln parallel im Blick behalten werden (**Mehrebenensystem**). Das Wiederholungsverbot dient der Vermeidung des Eindrucks von originären nationalen Regelungen, die letztlich bei deren Auslegung der DS-GVO die Zuständigkeit des EUGH in Frage stellen würden (EuGH 7.2.1973 – C-39/72, BeckRS 2004, 71063 – Kommission/Italien; EuGH 31.1.1978 – C-94/77, BeckRS 2004, 73946 – Zerbone; vgl. aber auch Erwgr. 8 DS-GVO).
- 13 Fällt die Verarbeitung von Daten ausnahmsweise nicht in den Anwendungsbereich der DS-GVO, wird deren Anwendbarkeit kraft **nationalem Rechtsbefehl** angeordnet (§ 35 Abs. 2 S. 2 SGB I; s. auch § 1 Abs. 8 BDSG), wodurch Regelungslücken vermieden werden. Unmittelbar aus der DS-GVO resultierende Verarbeitungsbefugnisse bleiben neben den Konkretisierungen des SGB X bestehen (§ 35 Abs. 2 SGB I). Nur für die **Übermittlung von Gesundheits-, genetischen und biometrischen Daten** hat der deutsche Gesetzgeber für Sozialdaten von der **Öffnungsklausel** des Art. 9 Abs. 4 DS-GVO Gebrauch gemacht und in § 67b Abs. 1 S. 3 SGB X geregelt, dass diese nur bei Einwilligung oder Vorliegen eines Tatbestands des SGB zulässig ist (ausf. Spranger MedR 2017, 864 (866); s. auch Erwgr. 53).

4. Verhältnis Grundgesetz–DS-GVO

- 14 Denkbar ist, dass im Einzelfall eine Datenverarbeitung auf Grundlage der DS-GVO das aus Art. 1 iVm Art. 2 Abs. 1 GG abgeleitete Recht auf informationelle Selbstbestimmung verletzt, obwohl die DS-GVO selbst grundrechtskonform ist (vgl. BVerfG 15.12.1983 – 1 BvR 209/83, BVerfGE 65, 1 (41 ff.)). Mit der in Art. 23 Abs. 1 S. 2 GG enthaltenen Ermächtigung, Hoheitsrechte auf die Europäische Union zu übertragen, billigt das Grundgesetz auch die im Zustimmungsgesetz zu den Verträgen enthaltene Einräumung eines **Anwendungsvorrangs** zugunsten des Unionsrechts, der grundsätzlich auch mit Blick auf entgegenstehendes nationales Verfassungsrecht gilt (vgl. BVerfG 19.7.2011 – 1 BvR 1916/09, BVerfGE 129, 78 (100)) und bei einer Kollision in aller Regel zur Unanwendbarkeit des nationalen Rechts im konkreten Fall führt (zuletzt BVerfG 21.6.2016 – 2 BvE 13/13, 2 BvR 2728/13, 2 BvR 2729/13, 2 BvR 2730/13, 2 BvR 2731/13, NJW 2016, 2473 ff. Rn. 118). Der Anwendungsvorrang reicht jedoch nur soweit, wie GG und Zustimmungsgesetz die Übertragung von Hoheitsrechten erlauben oder vorsehen (BVerfGE 89, 155 (190) – Maastricht; BVerfG 30.6.2009 – 2 BvE 2/08, BVerfGE 123, 267 (348 ff.) – Lissabon; BVerfG 5.5.2020 – 2 BvR 859/15, BVerfGE 154, 17 ff. – Expanded Asset Purchase Programme – EAPP. Die in Art. 1 GG und Art. 20 GG iVm Art. 79 Abs. 3 GG garantierten Grundsätze sind daher auch bei der Anwendung des Unionsrechts zu gewährleisten, weshalb das BVerfG im Rahmen der **Identitätskontrolle** prüft, ob Maßnahmen von Organen, Einrichtungen und sonstigen Stellen der Europäischen Union diese Grenzen überschreiten (BVerfG 21.6.2016 – 2 BvE 13/13, 2 BvR 2728/13, 2 BvR 2729/13, 2 BvR 2730/13, 2 BvR 2731/13, NJW 2016, 2473 ff. Rn. 121, dort auch zur **Ultra-Vires-Kontrolle**), was damit auch hinsichtlich der DS-GVO denkbar ist. Das BVerfG wendet die **Europäische Grundrechte Charta (GRCh)** zumindest im vollharmonisierten Bereich als Prüfungsmaßstab an (BVerfG 6.11.2019 – 1 BvR 276/17, BVerfGE 152, 216 Rn. 42 ff.), während im unionsrechtlich nicht vollständig determinierten, innerstaatlichen Recht primär der Maßstab der **Grundrechte des Grundgesetzes** gilt, selbst wenn das innerstaatliche Recht der Durchführung des Unionsrechts dient (BVerfG 6.11.2019 – 1 BvR 16/13, BVerfGE 152, 152 Rn. 42 ff.). Die DS-GVO beansprucht zwar eine möglichst umfassende Regelung des Datenschutzrechts und gilt für sämtliche Verarbeitungsvorgänge personenbezogener Daten, jedoch abgesehen von den Ausnahmen in

Art. 2 Abs. 2 DS-GVO bestehen Öffnungsklauseln, deren geöffneter Rahmen durch eigene Regelungen der Mitgliedstaaten ausgefüllt werden können (Krit. Kühling NJW 2017, 1985 (1986); Benecke/Wagner DVB1 2016, 600 f.) Führen beide Maßstäbe zu demselben Ergebnis, darf dies offengelassen werden (BSG 20.1.2021 – B 1 KR 7/20 R, BSGE 131, 169 = SozR 4–2500 § 291a Nr. 2 Rn. 91, BeckRS 2021, 13901, NZS 2021, 923).

III. Grundsätze der Datenverarbeitung

1. Erfordernis einer Rechtsgrundlage

Jede Datenverarbeitung im Anwendungsbereich der DS-GVO – sowohl durch öffentlich-rechtliche als auch durch private Verantwortliche – bedarf einer **Rechtsgrundlage**, die zum Teil in Art. 6 Abs. 1 DS-GVO unmittelbar vorgeben wird (zB Buchst. a: Einwilligung; Buchst. b: Vertragserfüllung; Buchst. f: Wahrnehmung berechtigter Interessen), zum Teil aber auch der **Konkretisierung durch die Mitgliedstaaten** bedarf (zB Buchst. c: Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung; Buchst. e: Wahrnehmung einer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe).

Art. 9 Abs. 1 DS-GVO untersagt wiederum grundsätzlich die Verarbeitung **besonderer Kategorien** personenbezogener Daten, zu denen ua Gesundheitsdaten nach Art. 4 Nr. 15 DS-GVO zählen. Art. 9 Abs. 2 DS-GVO nennt wiederum verschiedene **Ausnahmetatbestände**, die entweder eine unmittelbare Verarbeitungsbefugnis begründen (zB Buchst. a: ausdrückliche Einwilligung; Buchst. f: Verteidigung von Rechtsansprüchen) oder wieder einer weiteren **Spezifizierung durch die Mitgliedstaaten** bedürfen (zB Buchst. b: Ausübung von aus dem Arbeitsrecht und dem Recht der sozialen Sicherheit und des Sozialschutzes erwachsenden Rechte und Pflichten).

Das Erfordernis einer Rechtsgrundlage bezieht sich nicht nur auf das „Ob“ der Datenverarbeitung, sondern auch auf das „Wie“, da Art. 5 Abs. 1 Buchst. a DS-GVO ausdrücklich die Verarbeitung an die rechtmäßige und für die betroffene Person **nachvollziehbare „Weise“** knüpft (Paal/Pauly/Frenzel DS-GVO/BDSDS-GVO Art. 5 Rn. 14; Sydow/Reimer DS-GVO Art. 5 Rn. 1), weshalb auch für die digitalisierte Datenverarbeitung eine Rechtsgrundlage erforderlich ist (Bieresborn VSSAR 2/2023, 135 (156)).

Die Verarbeitung von Daten auf gesetzlicher Grundlage ist stets durch das rechtsstaatliche **Verhältnismäßigkeitsprinzip** begrenzt (BVerfG 15.12.1983 – 1 BvR 209/83, BVerfGE 65, 1 (42) – Volkszählung).

2. Datenminimierung/-sparsamkeit

Art. 5 Abs. 1 Buchst. c DS-GVO verlangt, dass personenbezogene Daten „dem Zweck angemessen und erheblich sowie auf das für die Zwecke der Verarbeitung notwendige Maß beschränkt sein“ müssen. Datensparsamkeit in zeitlicher Hinsicht wird zudem vom Grundsatz der „Speicherbegrenzung“ nach Art. 5 Abs. 1 Buchst. e DS-GVO gefordert. Daraus folgt, dass Daten „nur verarbeitet werden dürfen, wenn der Zweck der Verarbeitung nicht in zumutbarer Weise durch andere Mittel erreicht werden kann“; außerdem ist erforderlich, „dass die Speicherfrist für personenbezogene Daten auf das unbedingt **erforderliche Mindestmaß** beschränkt bleibt“ (Erwgr. 39 DS-GVO).

3. Privacy by Design und Privacy by Default

Nach dem Grundsatz der „Privacy by Design“ (Art. 25 Abs. 1 DS-GVO) ist Datenschutz zu einem möglichst frühen Zeitpunkt bei der Einrichtung des Systems

zu berücksichtigen (Kühling/Buchner/Hartung DS-GVO BDSG DS-GVO Art. 25 Rn. 11 mwN). Ebenso verlangt der Grundsatz der „Privacy by default“ (Art. 25 Abs. 2 DS-GVO), dass der Verantwortliche dafür sorgen muss, dass **Standardstellungen** darauf ausgerichtet sind, nur personenbezogene Daten zu verarbeiten, die für den konkreten Zweck erforderlich sind (Umfang der Erhebung und Speicherung, Speicherfrist, Zugänglichkeit; Kühling/Buchner/Hartung DS-GVO BDSG DS-GVO Art. 25 Rn. 24 mwN). Stets muss der **Sicherheitslevel** im Verhältnis zum Risiko angemessen sein.

4. Zweckbindung

- 21 Ein eherner Grundsatz des Datenschutzrechts ist, dass eine Verwendung personenbezogener Daten grundsätzlich auf den gesetzlich bestimmten Zweck begrenzt ist (vgl. BVerfG 15.12.1983 – 1 BvR 209/83, BVerfGE 65, 41 ff. = NJW 1984, 419). Das BVerfG legt in neuerer Zeit den Maßstab der **hypothetischen Datenenerhebung** an (zuletzt BVerfG 16.2.2023 – 1 BvR 1547/19, 1 BvR 2634/20 Rn. 61, BeckRS 2023, 1828 – automatisierte Datenanalyse); BVerfG 10.11.2020 – 1 BvR 3214/15, BVerfGE 156, 11 Rn. 100 – Data-Mining. Auch Art. 5 Abs. 1 Buchst. b DS-GVO bestimmt, dass personenbezogene Daten nur für festgelegte, eindeutige und legitime Zwecke erhoben werden und nicht in einer mit diesen Zwecken nicht zu vereinbarenden Weise weiterverarbeitet werden (zur Zulässigkeit der zweckändernden Verarbeitung → § 93 Rn. 28 ff.).

5. Rechenschaftspflicht

- 22 Die DS-GVO enthält neben althergebrachten Grundsätzen des Datenschutzrechts eine Rechenschaftspflicht (accountability) des Verantwortlichen (Art. 5 Abs. 2 DS-GVO), der stets **nachweisen** können muss, dass die Voraussetzungen einer rechtmäßigen Verarbeitung vorliegen.

6. Technologieneutralität und risikobasierter Ansatz

- 23 Die DS-GVO versteht sich selbst als technologieneutral (Erwgr. 15). Das heißt, sie beansprucht nicht, konkrete technische Entwicklungen zu steuern, sondern Regeln vorzugeben, die sich durch eine möglichst **hohe Abstraktion** gegenüber Technik auszeichnen. Dementsprechend sieht die DS-GVO keine spezifischen Erlaubnistatbestände für den Umgang mit personenbezogenen Daten beim Cloud-Computing, im Rahmen von Big-Data-Analysen, für sensorische Umgebungen oder auch durch autonome Roboter vor, sondern lediglich abstrakte formulierte Erlaubnistatbestände, unter die sich diese **Techniktrends** subsumieren lassen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass das Recht nicht bei jeder neuen Entwicklung angepasst werden muss und neue Entwicklungen nicht durch Regelungen verhindert werden, die für sie nicht passen (BT-Drs. 19/2790, 119; vgl. auch Spiecker, gen. Döhmman/Wallrabenstein/Broemel, Gesundheitsversorgung in Zeiten der Datenschutzgrundverordnung, S. 75 (91 f.)). Die spezifischen Risiken einer Technik werden dadurch vom Regulierungswerk nicht erfasst, weshalb das Datenschutzrecht auf das Phänomen Big Data als nur unzureichend eingestellt gilt (Deutscher Ethikrat, Big data und Gesundheit, 2017, 128; vgl. auch Paal/Hennemann NJW 2017, 1697; Buchner DuD 2016, 155 (156 f.)).
- 24 Andererseits legt der im Datenschutzrecht vorgesehene **risikobasierte Ansatz**, dessen Ziel die Abstimmung von Art. und Intensität der datenschutzrechtlichen Regulierung auf die jeweils bestehenden Risiken ist (Erwgr. 76 DS-GVO), aus technologieübergreifender Perspektive nahe, den spezifischen Chancen und Risiken als auch Regulierungsoptionen einer bestimmten Technologie jeweils Rechnung zu tragen (vgl. Spiecker, gen. Döhmman/Wallrabenstein/Broemel, Gesundheitsversor-

gung in Zeiten der Datenschutzgrundverordnung, S. 75 (92)). In vielerlei Hinsicht bestehen deshalb nach Inkrafttreten der DS-GVO noch erhebliche Rechtsunsicherheiten, gerade was den datenschutzkonformen Einsatz moderner Technologien betrifft, die letztlich durch Gerichte zu klären sind (vgl. BT-Drs. 19/2790, 119 mwN; vgl. zum „schleichenden Personenbezug“ in Zeiten von Big data und Ubiquitous Computing Hornung/Wagner CR 2019, 565 ff.).

IV. Grundlegende Begriffsbestimmungen und spezifische Verarbeitungsvorgänge

1. Personenbezogene Daten

Nach Art. 4 Nr. 1 DS-GVO sind „personenbezogene Daten“ alle Informationen, 25
die sich auf eine **identifizierte oder identifizierbare natürliche Person** beziehen. Hierfür genügt es, dass ein unmittelbarer Bezug zur Person des Betroffenen herstellbar ist. Keine Daten sind anonymisierte Daten. Weder die DS-GVO noch das neue BDSG und SGB X enthalten eine Legaldefinition des **Anonymisierens** und überlassen es somit der Rechtsanwendung, wann kein Personenbezug mehr besteht. Die Beschreibung in Erwgr. 26 entspricht einer vermittelnden Ansicht zwischen einer objektiven Sichtweise, der zufolge bereits die theoretische Möglichkeit der Reanonymisierung auch unter Mitwirkung eines Dritten zur Bejahung der Bestimmbarkeit genügt (Däubler/Klebe/Wedde/Weichert BDSG § 3 Rn. 13; Breyer NJW-Aktuell 2010 Nr. 11, 18; VG Wiesbaden 27.2.2009 – 6 K 1045/08.WI, MMR 2009, 428) und dem subjektiven Personenbezugsbegriff, wonach es allein auf die Kenntnisse der datenverarbeitenden Stelle ankommt, ob für diese die Identifizierungsmöglichkeit besteht (Arning/Forgó/Krügel DuD 2006, 700 (704)). Streitig ist, ob bei der Beurteilung der Bestimmbarkeit **illegale Möglichkeiten** (zB Hacker-Angriffe) zu berücksichtigen sind (verneinend zur RL 95/46/EG EuGH 19.10.2016 – C-582/14. NJW 2016, 811 Rn. 46 – Breyer; zustimmend Schweinisch/Peintinger CR 2020, 643 (644); aA zur DS-GVO Simitis/Hornung/Spieker genannt Döhmman/Karg DS-GVO/BDSG DS-GVO Art. 4 Nr. 1 Rn. 64), wofür nicht zuletzt der Wortlaut von Erwgr. 26 sowie der Schutzzweck des Datenschutzrechts spricht (Schwartzmann/Mühlenbeck RDV 2022, 264 (265); Hacker, Law, Innovation and Technology, 2021, Vol. 13, No. 2, 257, 266 (abrufbar open source) <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17579961.2021.1977219?needAccess=true&role=button> (zuletzt 3.2.2023)). Besondere Probleme bereitet in diesem Zusammenhang die schleichende Identifizierbarkeit aufgrund des **technischen Fortschritts** (Hornung/Wagner CR 2019, 565 (568)). Vertreten wird insoweit die Schaffung einer rechtlichen Anonymisierung jenseits der technisch-faktischen Anonymisierung, indem unbefugte Zugriffe und die Reidentifizierung betroffener Personen durch Anonymisierungstechniken nach dem aktuellen Stand der Technik verhindert werden (Martini/Hohmann NJW 2020, 3573 (3574); Hänold ZD-Aktuell 2020, 07046). Es ist indes zweifelhaft, ob eine solche Fiktion die Aufhebung des Personenbezugs und damit den Wegfall der Anwendbarkeit einschlägiger Datenschutznormen rechtfertigen kann. Eine Klarstellung des Gesetzgebers ist wünschenswert (Steege GUP 2021, 125 (131)).

Davon zu unterscheiden ist die in Art. 4 Nr. 5 DS-GVO geregelte **Pseudonymisierung**, 26
die als Vorstufe zur Anonymisierung die Anwendbarkeit der Datenschutzregeln nicht beendet, weil durch eine Zuordnungsregelung die Informationen durch eine festgelegte Stelle nachträglich wieder hergestellt werden können (Taeger/Gabel/Buchner BDSG § 3 aF Rn. 47; Roßnagel/Scholz MMR 2000, 721 (724)).

2. Besondere Kategorien von Daten

- 27 Besondere Kategorien von Daten, die besonderen Grundsätzen unterliegen und grundsätzlich nicht verarbeitet werden dürfen, sind gem. Art. 9 Abs. 1 DS-GVO personenbezogene Daten über rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, genetische, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer Person oder Daten über Gesundheit oder Sexualleben und sexuelle Ausrichtung. Zu den **Gesundheitsdaten** zählen nach Art. 4 Nr. 15 DS-GVO Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.

3. Sozialdaten

- 28 Die in § 67 SGB X definierten Sozialdaten bilden eine eigene – nun abschließend geregelte (§ 35 Abs. 2 SGB I) – **spezifische Datenkategorie** nach deutschem Recht: Es handelt sich um personenbezogene Daten (Art. 4 Nr. 1 DS-GVO), die von einer in § 35 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach dem SGB verarbeitet werden (dazu → § 93 Rn. 10 ff.). Diese gelten als im erhöhten Maße schutzbedürftig, weil sie typisierend betrachtet iSd aus einer Kombination der Grundrechte aus Art. 2 Abs. 1 GG und Art. 1 Abs. 1 GG abgeleiteten Rechts auf informationelle Selbstbestimmung (→ Rn. 3) näher an die **Privatsphäre** heranreichen als andere Daten.
- 29 Andererseits zählen viele, aber nicht alle Sozialdaten zu den „besonderen Kategorien“ von Daten iSv Art. 9 Abs. 1 DS-GVO. § 78 SGB X **erweitert den Anwendungsbereich** der SGB-X-Normen auf in § 35 SGB I nicht genannte Stellen oder Personen, an die Daten befugt übermittelt wurden (sog. verlängerter Datenschutz), die zudem nur zu dem Zweck verwendet werden dürfen, zu dem sie übermittelt wurden (vgl. BayVGH 31.1.2014 – 11 CS 13.2216, BeckRS 2014, 47668 Rn. 13).

V. Verantwortlicher, Dritter und Auftragsverarbeiter

1. Verantwortliche und Dritte

- 30 „Verantwortlicher“ für die Datenverarbeitung ist gem. Art. 4 Nr. 7 DS-GVO der oder die natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle, die „allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet“. Dritter ist laut Art. 4 Abs. 1 Nr. 10 DS-GVO „eine natürliche oder juristische Person, Behörde, Einrichtung oder andere Stelle (...), außer der betroffenen Person, dem Verantwortlichen, dem Auftragsverarbeiter und den Personen, die unter der unmittelbaren Verantwortung des Verantwortlichen oder des Auftragsverarbeiters befugt sind, die personenbezogenen Daten zu verarbeiten“. Ob der Daten-Empfänger demnach Dritter ist oder dem Verantwortlichen zugerechnet wird, hängt wie zuvor davon ab, ob er über **Mittel und Zweck** der Datenverarbeitung entscheidet und sie daher tatsächlich beherrscht oder nicht.
- 31 Als denkbare Varianten, dass er dem Verantwortlichen iSv Art. 4 Abs. 1 Nr. 7 DS-GVO zugerechnet wird, kommt im Fall einer **juristischen Person** in Betracht, dass diese im Rahmen einer Organisationseinheit an der funktionalen Durchführung einer Aufgabe des SGB beteiligt ist (§ 67 Abs. 4 SGB X). Werden bei einer Gebietskörperschaft Daten von einer Organisationseinheit an eine andere weitergegeben, sind sie als unterschiedliche Verantwortliche anzusehen, da die einzelnen Ämter unterschiedliche Sozialaufgaben erfüllen.

Natürliche Personen sind dann keine Dritten, wenn sie als **Arbeitnehmer** 32 oder im Rahmen einer Dienstvereinbarung höherer Art in den Organisationsapparat des Verantwortlichen eingegliedert sind (vgl. BSG 5.2.2008 – B 2 U 8/07, BSGE 100, 25, NZS 2009, 99, BeckRS 2008, 54146; BeckOGK/Leopold SGB X § 67 Rn. 26). Dies kommt nicht nur bei Bestehen eines Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses iSv § 7 SGB IV, sondern auch bei Praktikanten, Werkstudenten, Aushilfen oder freien Mitarbeiter in Betracht, sofern diese in den Betrieb räumlich und organisatorisch eingegliedert sind (Bieresborn ASR 2012, 46 (49 f.)).

2. Auftragsverarbeiter

Aus Art. 4 Nr. 10 DS-GVO folgt ferner, dass der Auftragsverarbeiter nicht Dritter 33 ist (kritisch Forgó/Helfrich/Schneider Betr. Datenschutz-HdB/Schneider Teil VII. Kap. 2 Rn. 45 ff.) und somit an diesen keine Übermittlung (§ 67d Abs. 1 SGB X) stattfindet (zur Frage der Privilegierung der Auftragsverarbeitung Gola K&R 2017, 145 (148); ebenso Schmitz/von Dall'Armi ZD 2016, 427 (429); aA Koos/Englisch ZD 2014, 276 (284); vgl. Schmidt/Freund ZD 2017, 14). Art. 4 Nr. 8 DS-GVO beschreibt als Auftragsverarbeiter diejenigen, der Daten im Auftrag des Verantwortlichen verarbeitet. Den Umfang der Auftragsverarbeitung bestimmt Art. 28 DS-GVO aufgrund seiner unmittelbaren Wirkung abschließend, weshalb in § 80 SGB X nur das „Ob“ der Auftragsverarbeitung bei Sozialdaten – nicht das „Wie“ – geregelt werden durfte (vgl. BT-Drs. 18/12611, 124). Wann allerdings Auftragsverarbeitung überhaupt vorliegt, wird weder in der DS-GVO noch im BDSG oder im SGB definiert, wie es auch bislang an einer eindeutigen Definition der Auftrags(daten)verarbeitung fehlte. Nach den zur bisherigen Rechtslage vertretenen Ansichten ist entweder Bedingung, dass **keine Funktionsübertragung** zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer stattfindet (Gola/Schomerus/Gola/Klug/Körffer BDSG 2003 § 11 Rn. 9; Simitis/Petri BDSG 2003 § 11 Rn. 22; ablehnend Plath/Plath BDSG § 11 Rn. 27; Taeger/Gabel/Gabel BDSG § 11 Rn. 16.) oder dass der Auftragnehmer **kein eigenes Interesse** an den von ihm zu verarbeitenden Daten hat (Völkel PinG 2018, 189 (190 ff.)). Wichtigstes Kriterium ist nach wie vor der Verbleib der Entscheidungsbefugnis über die Daten bei der übertragenden Stelle und die fehlende Einräumung eines eigenen inhaltlichen Bewertungs- oder Ermessensspielraums des Auftragnehmers (Wächter CR 1991, 333) und damit die **strikte Weisungsgebundenheit** des Letzteren gegenüber dem Verantwortlichen hinsichtlich der Datenverarbeitung, wie sie nun auch Art. 29 DS-GVO voraussetzt. Dies ist bei Papierentsorgungsunternehmen oder IT-Wartungsfirmen denkbar, bei medizinischen Gutachtern ist hingegen fraglich, ob diese angesichts der Erhebung von Befundtatsachen, die regelmäßig durch eigene Fragen aufgrund besonderer Sachkunde erfolgt, Auftragsverarbeiter sein können (vgl. zur Mandatierung eines Rechtsanwaltes LSG Nds-Brem 24.1.2012 – L 11 AS 504/11 B, BeckRS 2012, 67231). Eine solche der Art. des Leistungsauftrags immanente Freiheit des Auftragnehmers kann man zugunsten der Annahme von Auftragsdatenverarbeitung nur dadurch kompensieren, dass der Auftraggeber zum einen den Zweck und Umfang der Fragen und den Zweck der Verwendung der Antworten zuvor festlegt, zum anderen ein Mindestmaß an bestehender Weisungsgebundenheit – zB hinsichtlich des Orts und der Methode der Untersuchung, des Zeitrahmens der Gutachtenserstellung oder der Anzahl der anzufertigenden Gutachten in einem bestimmten Zeitraum – feststeht (HessLSG 23.3.2012 – L 9 U 27/11, BeckRS 2012, 70341, UV-Recht Aktuell 2012, 892; vgl. aber LSG BW 25.10.2013 – L 8 U 541/13, BeckRS 2013, 73841, UV-Recht Aktuell 2014, 312 Rn. 65 und BayLSG 13.6.2013 – L 17 U 239/11, BeckRS 2013, 70962 Rn. 19). Für diese Auslegung spricht nun auch Art. 4 Nr. 7 DS-GVO, weil danach der Verantwortliche über Zweck **und** Mittel der Datenverarbeitung bestimmt, der Gutachter in diesen Fällen jedoch allenfalls die Mittel bestimmt (vgl.

Kühling/Buchner/Hartung DS-GVO/BDSG DS-GVO Art. 28 DS-GVO Rn. 28; Monreal PinG 2017, 2018).

- 34 Art. 28 Abs. 3 DS-GVO verlangt für eine rechtmäßige Auftragsverarbeitung als Grundlage einen „Vertrag“ oder ein anderes „Rechtsinstrument“, die den Konkretisierungsanforderungen des Art. 28 Abs. 3 S. 2 DS-GVO entsprechen muss. Diese sind zwar nicht konstitutiv für die Bejahung der Auftragsverarbeitung, jedoch führt ein Verstoß gegen die Formerfordernisse zur Unwirksamkeit der Auftragsverarbeitung (Kühling/Buchner/Hartung DS-GVO BDSG DS-GVO Art. 28 Rn. 61; Schwertmann/Jaspers/Thüsing/Kremer DS-GVO Art. 28 Rn. 86).

3. Gemeinsam Verantwortliche

- 35 Abzugrenzen ist die Auftragsverarbeitung auch von gemeinsam Verantwortlichen (Art. 26 DS-GVO). Gemeinsam Verantwortliche kommen nicht nur dann in Betracht, wenn diese gemeinsam Zweck und Mittel der Datenverarbeitung durch übereinstimmende Erklärungen abgegeben haben, sondern auch, wenn diese unterschiedliche Teilschritte der Datenverarbeitung unabhängig voneinander bestimmt haben (Monreal CR 2019, 797 (803 f.); vgl. EuGH 29.7.2019 – C-40/17, BeckRS 2019, 15831 Rn. 68, MMR 2019, 579 – Fashion ID).
- 36 Unklar ist, ob gemeinsam Verantwortliche im Verhältnis zueinander „Dritte“ sind (dagegen Taeger/Gabel/Lang DS-GVO Art. 26 Rn. 56 mwN). Dafür könnte aber formal die in Art. 4 Nr. 10 DS-GVO gewählte Singularform des „Verantwortlichen“ sprechen, sowie dass ansonsten eine im Gesetz nicht angelegte Privilegierung der gemeinsamen Verantwortlichen eintreten würde (vgl. Art. 26 Abs. 3 DS-GVO). Entscheidend für den „Dritten“ ist, dass er in eigener Funktion tätig wird, die auch bei gemeinsamen Verantwortlichen nicht identisch sein muss (Paal/Pauly/Ernst DS-GVO Art. 4 Rn. 60; vgl. Kühling/Buchner/Hartung DS-GVO Art. 26 Rn. 26).

4. Ärzte als Auftragsverarbeiter

- 37 Fraglich ist in diesem Zusammenhang, ob niedergelassene oder bei anderen Verantwortlichen tätige **Ärzte** Auftragsverarbeiter im Verhältnis zu beauftragenden Versicherungsträgern sind. Geben sie lediglich Stellungnahmen zu vorgegebenen Sachverhalten im Rahmen eines besonderen Dienstvertrags ab, ohne eigene Daten zu erheben, kann dies bejaht werden. Wenn Ärzte jedoch zB bei der Erstellung von Gutachten Daten in Form von Befundtatsachen durch eigene Fragen aufgrund besonderer Sachkunde erheben, besteht ein eigener Beurteilungsspielraum bei der Datenverarbeitung, der mit dem Konzept der bloßen Auftragsverarbeitung unvereinbar ist (vgl. BT-Drs. 18/8041, 58, 63). Geht man von gemeinsam Verantwortlichen aus, ist ferner ungeklärt, ob diese im Verhältnis zueinander „Dritte“ sind. Dafür spricht formal die in Art. 4 Nr. 10 DS-GVO gewählte Singularform des „Verantwortlichen“, sowie dass ansonsten eine im Gesetz nicht angelegte Privilegierung eintreten würde (vgl. Art. 26 Abs. 3 DS-GVO; s. auch Kühling/Buchner/Hartung DS-GVO Art. 26 Rn. 26; dagegen Taeger/Gabel/Lang DS-GVO Art. 26 Rn. 113).

5. Erheben von Daten

- 38 a) **Definition.** Während nach der bisherigen Definition Erheben das **zielgerichtete „Beschaffen“** von Daten über den Betroffenen war (vgl. § 3 Abs. 3 BDSG, § 67 Abs. 5 SGB X jeweils idF bis 24.5.2018), ist dies nach der neuen Rechtslage, die keine Legaldefinition enthält, fraglich. So verwendet die englische Sprachfassung nicht nur den Begriff „to collect“ (= „sammeln“), was ebenso ein zielgerichtetes Vorgehen verlangt, sondern auch „to obtain“ (= erhalten, zB in Art. 14 Abs. 1 S. 1 DS-GVO), wofür das **passive Erlangen** genügt. Daher ist zB fraglich, ob auch das Zuspälen von Informationen durch einen Behördeninformanten – zB über

Leistungsbetrug – die Informationspflichten auslöst. Diese Streitfrage wird erst der EuGH verbindlich beantworten können. Einen datenerheblichen Vorgang mit den entsprechenden Rechtsfolgen wird spätestens das Speichern der Informationen bedeuten.

b) Erforderlichkeit der Datenerhebung. § 67a SGB X normiert die Voraussetzungen, unter denen eine Erhebung von Sozialdaten zulässig ist. Das Amtsermittlungsprinzip (§ 20 SGB X) wird dadurch nicht aufgehoben, es darf aber bei der Erhebung von Sozialdaten nur innerhalb des Entscheidungsspielraumes, den § 67a SGB X zulässt, ausgeübt werden (André BABI. 1994, 12). Die Erhebung muss jedenfalls erforderlich sein, was dann der Fall ist, wenn die **Kenntnis der Daten notwendig** ist, um die gestellte Aufgabe, wie zB die Beurteilung eines Leistungsfalles, rechtmäßig, vollständig und in angemessener Zeit erfüllen zu können (BSG 28.11.2002 – B 7/1 A 2/00 R, BSGE 90, 162 (168) = NJW 2003, 2932). Bei besonders sensiblen Daten, die heute den besonderen Kategorien nach Art. 9 Abs. 1 DS-GVO entsprechen, ist der Ermittlungsumfang zu begrenzen, es sei denn, dass es gerade auf diese ankommt (vgl. BSG 19.9.2008 – 14 AS 45/07 R, BeckRS 2009, 51932 Rn. 24, NVwZ-RR 2009, 1005; BSG 19.2.2009 – B 4 AS 10/08, BeckRS 2009, 61442 Rn. 20).

c) Gebot der Direkterhebung. § 67a Abs. 2 SGB X stellt nach wie vor als Ausschluss des Verhältnismäßigkeitsprinzips eine streng einzuhaltende Hierarchie der Erhebung auf, der zufolge die Ersterhebung grds. beim Betroffenen zu erfolgen hat, die Erhebung bei Dritten grds. nur unter **Mitwirkung des Betroffenen** bzw. ohne dessen Mitwirkung nur in Ausnahmefällen erfolgen darf. Zweck der Regelung ist, dass Dritte nicht ohne Not Kenntnis davon erhalten, dass der Betroffene in einer verwaltungsrechtlichen Beziehung zu einer in § 35 SGB I genannten Stelle steht (vgl. HK-SozDatenschutzR/Strothmann SGB X § 67a Rn. 18; deutlicher noch HK-SozDatenschutzR/Krahmer/Stähler, 4. Aufl. 2020, SGB X § 67a Rn. 8.3).

Als Mitwirkung iSv Abs. 2 ist auch die **Einwilligung** anzusehen. Das BSG hat zu erkennen gegeben, dass auch eine besondere Eilbedürftigkeit eine Datenerhebung ohne Mitwirkung des Betroffenen sowie ein Zurückstellen schutzwürdiger Interessen an der Geheimhaltung von Daten rechtfertigen kann (BSG 25.1.2012 – B 14 AS 65/11 R, BSGE 110, 75 (83) = ZD 2012, 573 zur Einholung einer Vermieterauskunft). Eine **Direkterhebung bei Dritten** darf im Übrigen erfolgen, wenn eine Norm dies ausdrücklich vorsieht (§ 67a Abs. 2 Nr. 2a SGB X).

6. Speichern von Daten

Auch die Dauer des Speicherns orientiert sich an dessen **Erforderlichkeit**. Grundsätzlich gilt, dass die Notwendigkeit der Speicherung von Sozialdaten so lange besteht, bis die Aufgabe, zu deren Erfüllung sie verarbeitet wurden, endgültig erledigt ist. Hierbei ist nicht nur auf die Dauer des Verwaltungsverfahrens (§ 8 SGB X) abzustellen, das erst mit Eintritt der Bestandskraft eines beendenden Verwaltungsaktes (§ 77 SGB X) endet, sondern es sind die weiteren gesetzlichen Regelungen zur Korrektur von Verwaltungsakten (§ 48 Abs. 1 SGB X sowie § 45 Abs. 1 SGB X zu berücksichtigen, die eine Aufhebung von Verwaltungsakten nach bis zu zehn Jahren vorsehen (BSG 14.5.2020 – B 14 AS 7/19 R, ZD 2021, 1010 = BeckRS 2020, 23121). Der BGH hat nun entschieden, dass es kein automatisches „Recht auf Vergessenwerden“ nach Art. 17 DS-GVO gibt, sondern der jeweilige Einzelfall maßgeblich ist (BGH 27.7.2020 – VI ZR. 405/18, NJW 2020, 3436).

7. Übermitteln von Daten

Eine Übermittlung ist nach dem SGB X an höhere Voraussetzungen als eine Nutzung oder sonstige Verarbeitung geknüpft. Soweit keine Verarbeitungsbefugnis

aus der DS-DVO direkt resultiert, verlangt das SGB X das Vorliegen eines besonderen **Übermittlungstatbestands**. Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse bestehen zB bei der Fahndungshilfe (§ 68 SGB X), bei geplanten Straftaten nach § 138 StGB, zum Schutz der inneren und äußeren Sicherheit (§ 72 SGB X), bei Verletzung der Unterhaltspflicht (§ 74 SGB X) sowie für Forschung und Planung unter dem Vorbehalt der Einwilligung (§ 75 SGB X). In der Praxis ist § 69 Abs. 1 Nr. 1 u. 2 SGB X als Übermittlungsbefugnisnorm bei der Aufgabenerfüllung, die auch die Durchführung eines damit zusammenhängenden Gerichtsverfahrens umfasst, besonders wichtig.

- 44 Der deutsche Gesetzgeber hat zudem von der Ermächtigung in Art. 9 Abs. 4 DS-GVO, die Verarbeitung **biometrischer, genetischer und Gesundheitsdaten** als weiteren Unterfall der besonderen Kategorien von Daten generell zu begrenzen, in § 67b Abs. 1 S. 3 SGB X Gebrauch gemacht, so dass – wiederum mit Ausnahme der ausdrücklich ausgenommenen Einwilligung – die Verarbeitung insofern begrenzt wird, als ein normativer Übermittlungstatbestand nach dem SGB vorliegen muss (ausführlich Spranger MedR 2017, 864 (866); s. auch Erwgr. 53 DS-GVO). Ein Übermittlungstatbestand nach anderen Rechtsgrundlagen als denen des EU-Rechts scheidet damit aus.
- 45 § 76 Abs. 1 SGB X beschränkt die Zulässigkeit der Übermittlung **ärztlicher Sozialdaten** darauf, dass der Arzt selbst übermittlungsbefugt wäre. Die Norm dient der „Verlängerung“ des Arzt- bzw. Berufsgeheimnisses. Nach § 76 Abs. 2 SGB X gilt dies wiederum nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X für Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht. Der Betroffene ist von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verwaltungsverfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen (Nr. 1). Das **zusätzliche Widerspruchsrecht** in § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X wird in Fällen der notwendigen Kontrolle nach Abs. 3 eingeschränkt; da es nicht mit dem in Art. 21 DS-GVO normierten Widerspruchsrecht identisch ist, konnte es durch den nationalen Gesetzgeber ohne Beachtung der Voraussetzungen in Art. 23 DS-GVO eingeschränkt werden.
- 46 Auch beim **Datenaustausch zwischen Ärzten**, der zB im Rahmen der Erstellung arbeitsteiliger Gutachten regelmäßig erfolgt, sind sowohl die Bestimmungen des Datenschutzes als auch die ärztliche Schweigepflicht zu beachten (Baur MedSach 2006, 79 (81); vgl. BSG 7.5.2019 – B 2 U 25/17 R, BSGE 128, 78, BeckRS 2019, 24199, NZS 2020, 233).

8. Voraussetzungen der Einwilligung

- 47 Nur wenn keine gesetzliche oder vertragliche Verarbeitungsgrundlage für die Datenverarbeitung vorhanden ist und diese auch nicht als Wahrnehmung berechtigter Interessen gerechtfertigt werden kann, bedarf es einer Einwilligung. Ansonsten ist deren zusätzliche Einholung **unverhältnismäßig** und birgt die Gefahr der Rechtswidrigkeit der gesamten Datenverarbeitung in sich, zumal der betroffenen Person keine Freiwilligkeit suggeriert werden darf, wo sie nicht besteht (Kühling/Buchner/Buchner/Petri DS-GVO Art. 6 Rn. 23).
- 48 Art. 4 Nr. 11 DS-GVO definiert die Einwilligung als eine „freiwillig für den bestimmten Fall, in informierter Weise und unmissverständlich abgegebene Willensbekundung“. Sie muss daher in Form einer Erklärung oder eines sonstigen **aktiven, nicht aber passiven Verhaltens** erfolgen. Die Konkretisierungsmöglichkeiten in Art. 6 Abs. 2 und 3 DS-GVO beziehen sich indes nur auf gesetzliche Verarbeitungsgrundlagen (Buchst. c und e)), hingegen nicht auf die Einwilligung. Der EuGH hat zu den weitgehend gleichlautenden RL 2002/58/EG und RL 95/46/EG entschie-

den, dass eine wirksame Einwilligung stets ein aktives Verhalten und damit die Opt-In-Lösung verlangt (EuGH 1.10.2019 – C-673/17, NJW 2019, 3433 – Planet 49; zu Cookie-Einstellungen BGH 28.5.2020 – I ZR 7/16, NJW 2020, 2540, RDV 2020, 267 ff.). Bei besonderen Kategorien von Daten hat die Einwilligung gem. Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO ohnehin „ausdrücklich“ zu erfolgen, weswegen sich jedwede **konkludente Form** verbietet (Freund/Shagdar SGB 2018, 195 (202); Forgó/Helfrich/Schneider Betr. Datenschutz-HdB/Arning/Born Betrieblicher Datenschutz Teil X. Kap. 2 Rn. 51). Daher wird auch eine sekundäre Verarbeitung von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken nicht mittels **Opt-Out** zulässig sein (Bieresborn VSSAR 2/2023, 135(168)).

Die **Freiwilligkeit** der Einwilligung setzt zudem die Einsichtsfähigkeit in die Tragweite der Entscheidung voraus, die in „informierter Weise“ erfolgen muss. Dies ist insbesondere bei pflegebedürftigen Menschen zu hinterfragen, was insbesondere in frühen Stadien der Demenz schwierig und aufwendig zu beurteilen ist und außer vom Zustand des Betroffenen auch von der Komplexität und der Tragweite der Datenverarbeitung abhängt. Dies gilt namentlich bei Menschen mit Demenz in medizinischen Maßnahmen (Klasen/Klasen JM 2020, 398 ff.; zur Aufklärungspflicht von Fachkräften der sozialen Arbeit über Nachteile digitaler Internetnutzung zu schützen Pudelko ArchsozArb 4/2021, 66 ff.; Brückner/Herweck ArchsozArb 1/2021, 52 (55); vgl. BT-Drs. 19/2790, 121; BT-Drs. 19/2790, 121). Die grundsätzlich **höchstpersönlich** zu erbringende Einwilligung kann durch einen gerichtlich bestellten Betreuer vorgenommen werden (Ernst ZD 2017, 110 (111)). Erforderlich ist zudem ein möglichst feingranulares Berechtigungsmanagement (s. Warnung des BfDI gem. Art. 58 DS-GVO v. 6.11.2020, S. 3, abrufbar unter <https://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Dokumente/BfDI/Rundschreiben/Allgemein/2020/Warnung-Krankenkassen-ePA.html>; Stellungnahme zum Patienten-Datenschutz-Gesetz v. 25.5.2020, abrufbar unter https://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Dokumente/BfDI/Stellungnahmen/2020/StgN_Patienten-Datenschutz-Gesetz.html). Eine Vertretung ist nur bei Minderjährigen oder betreuerten Personen zulässig (Ernst ZD 2017, 110 (111)).

Laut Erwgr. 43 soll die Einwilligung „bei **klarem Ungleichgewicht**“ zwischen betroffener Person und Verantwortlichem, insbesondere bei einer Behörde, und wenn deshalb in Anbetracht aller Umstände in dem speziellen Fall unwahrscheinlich ist, dass die Einwilligung freiwillig abgegeben wurde, diese keine gültige Rechtsgrundlage liefern. Diese Bestimmungen legen einen Konflikt zwischen der Freiwilligkeit der Einwilligung in die Ermittlung entscheidungserheblicher Sachverhalte einerseits und den drohenden Konsequenzen bei der Verletzung bestehender **Mitwirkungspflichten** (dazu BSG 17.2.2004 – B 1 KR 4/02 R, SozR 4-1200 § 66 Nr. 1, SozR 4-1300 § 76 Nr. 1 = NZS 2005, 53; vgl. BSG 22.2.1995 – 4 RA 44/94, BSGE 76, 16 (28) = SozR 3-1200 § 66 Nr. 3 = NZS 1995, 523; BSG 24.10.1957 – 10 RV 945/55, BSGE 6, 70 (72) = NJW 1958, 39; BSG 29.3.1963 – 2 RU 75/61, BSGE 19, 52 (53) = BeckRS 1963, 30412884) andererseits nah. Andererseits kommt Erwgr. 43 nur die Rolle einer Auslegungshilfe zu und die Wendung „in Anbetracht aller Umstände in dem speziellen Fall“ erlaubt, auch nach Androhung von Versagung oder Entziehung von Freiwilligkeit auszugehen, weil die Ermittlung bestimmter personenbezogener Tatsachen im Sozialleistungsbereich unabdingbar ist.

Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO verlangt eine **ausdrückliche Einwilligung** der personenbezogenen Daten für einen oder mehrere festgelegte Zwecke. Es ist wegen des diesbezüglichen Schweigens in Art. 4 Nr. 11, Art. 7 DS-GVO davon auszugehen, dass sich die Einwilligung ausdrücklich auf die Verarbeitung der besonderen Kategorien von Daten beziehen muss (Freund/Shagdar SGB 2018, 195 (202)).

Gem. Art. 7 Abs. 3 DS-GVO besteht ein jederzeitiges **Widerrufsrecht** der Einwilligung, über das auch zu informieren ist.

- 53 § 67b Abs. 2 S. 1 SGB X enthält konkretisierende Bestimmungen zur **Nachweismöglichkeit** der Einwilligung. Art. 7 Abs. 1 DS-GVO postuliert, dass der Verantwortliche die Einwilligung der betroffenen Person in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten nachweisen können muss. Da die DS-GVO keine bestimmte Form der Einwilligung vorsieht und auch keine diesbezügliche Öffnungsklausel enthält, konnte die Schriftlichkeit nicht mehr im nationalen Recht (einschränkend) vorgeschrieben werden. Vielmehr wird daneben die elektronische Form der Einwilligung im Rahmen einer Soll-Vorschrift zugelassen. In der Begründung wird indes darauf hingewiesen, dass die Anforderungen der Art. 32 DS-GVO und Art. 5 Abs. 1 Buchst. e und f DS-GVO hinsichtlich der Sicherheit der Verarbeitung beachtet werden müssen, womit zugleich der Möglichkeit der Einwilligung mittels **E-Mail** der Boden entzogen wird (BT-Drs. 18/12611, 104). Streitig ist, ob durch Einwilligung eine Kommunikation per E-Mail ermöglicht und Art. 32 DS-GVO entsprechend abgedungen werden kann. Die österreichische Aufsichtsbehörde hat dies hinsichtlich Gesundheitsdaten verneint (DSB-D213.692/0001-DSB/2018 v. 16.11.2018).
- 54 Neben der schriftlichen und elektronischen Form sind in Ausnahmefällen auch weitere Formen (zB telefonisch) denkbar, was insbes. bei der **Pflegeberatung** (§ 7a SGB XI) in Betracht kommt (s. zum Schriftformerfordernis nach BDSG und DS-GVO Thüsing/Schmidt/Forst RDV 2017, 116). Durch den in § 67 Abs. 2 SGB X mit dem 2. DAnpUG v. 20.11.2019 (BGBl. I 1626; REntw 113) neu eingefügten S. 2 wird geregelt, dass die Einwilligung zur Verarbeitung von genetischen, biometrischen oder Gesundheitsdaten oder Betriebs- oder Geschäftsgeheimnissen **schriftlich oder elektronisch** zu erfolgen hat, soweit nicht wegen besonderer Umstände im Einzelfall eine andere Form angemessen ist. Die Regelung dient der Aufrechterhaltung des Schutzniveaus der bis zum 25.5.2018 geltenden Fassung des § 67b Abs. 2 S. 3 SGB X. Nach Art. 6 Abs. 1 Buchst. a DS-GVO und Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO ist eine Verarbeitung von personenbezogenen Daten aufgrund einer Einwilligung der betroffenen Person grds. zulässig. Art. 9 Abs. 4 DS-GVO erlaubt, dass für die Verarbeitung von genetischen, biometrischen oder Gesundheitsdaten zusätzliche Bedingungen oder Beschränkungen eingeführt oder aufrechterhalten werden. Auf dieser Grundlage ist es zulässig, Formerfordernisse für die Einwilligung zur Verarbeitung dieser Daten festzulegen. Diese grundsätzliche Vorgabe einer schriftlichen oder elektronischen Erklärung kann auch für Einwilligungen zur Verarbeitung von Betriebs- oder Geschäftsgeheimnissen getroffen werden, da diese nicht dem Anwendungsbereich der DS-GVO unterfallen und für die Mitgliedstaaten insofern eine Regelungskompetenz besteht (BT-Drs. 19/4674, 401).

VI. Die ärztliche Schweigepflicht

- 55 Die Verschwiegenheit des Arztes ist **elementarer Bestandteil des Verhältnisses zwischen Arzt und Patienten**, da ärztliches Handeln unauflöslich auf einem Vertrauen des Patienten in den Arzt und auf der ethischen Anforderung an den Arzt, dem zu genügen, basiert (Lauf/Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier IX Rn. 1; vgl. auch BVerfG 6.6.2006 – 2 BvR 1349/05, MedR 2006, 586; BGH 9.12.1958 – VI ZR 203/57, BGHZ 29, 46 (52) = NJW 1959, 811; s. ausführlich Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu/Wiese MedR 2017, 199). **Standesrechtliche Rechtsgrundlage** ist § 9 MBOÄ (Musterberufsordnung für Ärzte) in der jeweiligen Fassung der Berufsordnung der regionalen Landesärztekammer; sie lässt sich aber als Berufspflicht bis zum „Eid des Hippokrates“ zurückverfolgen (Deitmaring MedSach 2011, 223). **Strafrechtlich** wird die Offenbarung von Daten, die einer Person anvertraut wurden, die aufgrund ihres Berufes oder einer besonderen Amtsstellung zur Geheimhaltung verpflichtet ist, so zB Ärzte, Apotheker und Berufspsychologen, nach § 203

Abs. 1 Nr. 1 und 2 StGB verfolgt. Ein Verstoß gegen diese Geheimhaltungspflicht wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr, bei Bereicherungsabsicht (§ 203 Abs. 2 StGB) bis zu zwei Jahren bestraft. Schutzzweck der Norm ist, die Intimsphäre des Patienten als persönliches Gut iSv Art. 1, Art. 2 Abs. 1 GG gegen jedes unbefugte Offenbaren von Geheimnissen abzusichern (Schütze/Roos SGB X § 100 Rn. 3). Aber auch das BDSG und das SGB X enthalten Straftatbestände und Ordnungswidrigkeiten beim Verstoß gegen dortige Bestimmungen.

Das **ärztliche Berufsgeheimnis** hat neben der strafrechtlichen auch eine **zivil- und öffentlich-rechtliche Dimension**. So ist unabhängig von der Strafandrohung nach § 203 StGB der Arzt gem. § 823 Abs. 1 BGB zum Schadensersatz verpflichtet, wenn er das aus Art. 2 Abs. 1 GG iVm Art. 1 Abs. 1 GG abgeleitete **allgemeine Persönlichkeitsrecht** als „sonstiges Recht“ des Patienten schuldhaft verletzt (Dauer-Lieb/Langen AnwK BGB/Katzenmeier BGB § 823 Rn. 177 ff.). Zudem greifen gegenüber dem Patienten als vertragliche Haftungsgrundlage bei der Verletzung der Schweigepflicht §§ 280 Abs. 1, 241 Abs. 2 BGB ein (Kullmann MedR 2001, 343 ff.). Letzteres kommt bereits beim einmaligen Aufsuchen eines Arztes allein mit dem Willen, die Möglichkeit einer Behandlung oder Vorzüge eines Arztwechsels zu eruieren, in Betracht. Denn es handelt sich um einen vertrauenszentrierten „ähnlichen geschäftlichen“ Kontakt nach § 311 Abs. 2 Nr. 3 BGB, der die schuldrechtliche Schweigepflicht des § 241 Abs. 2 BGB auslöst (Laufs/Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier IX Rn. 6; MüKoBGB/Bachmann § 241 Rn. 107 f.). Diese Pflicht endet nicht mit der Erfüllung der Hauptleistungspflichten des Arztvertrags, sondern existiert als culpa post contractum finitum weiter (Laufs/Katzenmeier/Lipp ArztR/Katzenmeier IX Rn. 8).

Bezugspunkt der ärztlichen Schweigepflicht ist das „**Geheimnis**“, dh eine Tatsache, die nur einem bestimmten, abgrenzbaren Personenkreis bekannt ist und an deren Geheimhaltung der Patient ein „verständliches“, also sachlich begründetes und damit **schutzwürdiges Interesse** hat (Fischer StGB § 203 Rn. 4; Laufs/Kern/Rehborn ArztR-HdB/Ulsenheimer § 140 Rn. 1). Eine **Offenbarungsbefugnis** kann sich aus der (rechtfertigenden) Einwilligung des Patienten oder durch Gesetz ergeben. Denkbar sind insoweit § 138 StGB, aber auch der rechtfertigende Notstand (§ 34 StGB), wenn der Arzt zur Verteidigung eigener Ansprüche (Wahrnehmung berechtigter Interessen) oder zum Schutz höherwertiger Rechtsgüter (zB bei der Gefahr eines „begleiteten Suizides“) die Schweigepflicht gegenüber zuständigen Behörden oder Gerichten bricht (Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu/Wiese MedR 2017, 199). Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Kommentars existierte bereits der Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Anpassung des Datenschutzrechts an die VO (EU) 2016/679 und zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/680 (Zweites Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU – 2. DSAnpUG-EU), welcher auch Änderungsvorschriften zum SGB XI enthält, der aber noch nicht in das parlamentarische Verfahren eingebracht war. Das „Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes und anderer Vorschriften“ (BR-Drs. 18/12041; BR-Drs. 18/12481) mit zahlreichen Änderungsvorschriften zum SGB I und SGB X ist am 7.7.2017 im Bundesrat beschlossen worden (BR-Drs. 450/17 (B)). Es zeichnet sich bereits ab, dass abgesehen von dem der unmittelbaren Wirkung der DS-GVO geschuldeten Mehrebenen-System im Hinblick auf die Gewährung und Einschränkung von Verarbeitungsbefugnissen einerseits und Betroffenenrechte andererseits sowie zahlreicher terminologischer Anpassungen der bisherige Sozialdatenschutz in seiner wesentlichen Struktur erhalten bleiben wird.

§§ 203, 204 StGB sind **echte Sonderdelikte**, weshalb **Täter** nur die im Gesetz ausdrücklich genannten Personen sein können und **mittelbare Täterschaft** bei Benutzung eines gutgläubigen Arztes nicht in Betracht kommt (BGH 1.10.1953 – 4 StR 224/53, BGHSt 4, 359 = NJW 1953, 1878; 6.7.1956 – 2 StR 87/55, NJW

1957, 29). Zu den Personen des § 203 Abs. 1 StGB gehören neben Ärzten auch **Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker**, Angehörige eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatliche Ausbildung erfordert (dazu Fischer StGB § 203 Rn. 12). Eine Gesetzesnovelle des § 203 StGB, durch welche künftig die Mitwirkung Dritter stärker berücksichtigt werden soll, war zum Zeitpunkt der Drucklegung beabsichtigt.

- 59 § 1 Abs. 3 S. 2 BDSG und § 35 Abs. 2a SGB I bestimmen ausdrücklich, dass die **Datenschutzbestimmungen** Geheimhaltungspflichten und damit auch die ärztliche Schweigepflicht unberührt lassen.

VII. Hausbesuche

- 60 Weniger mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung als vielmehr mit dem **Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung nach Art. 13 GG** ist die Problematik der Hausbesuche in Einklang zu bringen. Kommt die Behörde mit vorrangigen eigenen Ermittlungen (§ 20 Abs. 1 SGB X) nicht weiter, ist sie zur Ermittlung der Anspruchstatsachen auf die Mitwirkung des Beteiligten angewiesen, und kann im Rahmen der Inaugenscheinnahme auch einen Hausbesuch als ein die Mitwirkungspflicht des Beteiligten aktivierendes Beweismittel durchführen. Bei Hausbesuchen besteht im Hinblick auf Art. 13 Abs. 1 GG keine Befugnis, das Betreten der Wohnung durch Zwang durchzusetzen, sondern nur eine Duldungspflicht, aus der die Zumutbarkeit der Einverständniserklärung resultiert. Wird diese nicht abgeben und der Zutritt verweigert, kann dies beweisrechtliche Konsequenzen haben (Luthe jurisPR-SozR 14/2007 Rn. 3; ausführlich Hammel ZfF 2012, 57). Zur Frage, ob ein Hausbesuch angekündigt werden muss, s. BfDI, 24. Tätigkeitsbericht zum Datenschutz 2011–2012, 2013, S. 156.
- 61 § 114a SGB XI bestimmt insoweit, dass sowohl bei **teil- als auch bei vollstationärer Pflege** der MD, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils berechtigt sind, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten. Soweit Räume einem **Wohnrecht** der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur **Verhütung dringender Gefahren** für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 Abs. 1 GG) wird insoweit eingeschränkt. Der unbestimmte Rechtsbegriff der „dringenden Gefahr“, der erst durch das Gesetz v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191) die nur „drohende Gefahr“ abgelöst hat, setzt eine Sachlage voraus, in der mit großer Wahrscheinlichkeit einem wichtigen Rechtsgut – Leben, Gesundheit, Freiheit der Person – ein Schaden droht. Es genügt also weder eine bloße Gefahr für die öffentliche Ordnung noch geht es um den zeitlichen Ablauf (BVerwG 6.9.1974 – I C 17/73, BVerwGE 47, 31 (40) = NJW 1975, 130; Jarass/Pieroth/Jarass GG Art. 13 Rn. 24). Bei der **ambulanten Pflege** sind nach § 114a Abs. 2 S. 4 SGB XI der MD, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherungen und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung der von dem Pflegedienst versorgten Person auch in deren Wohnung zu überprüfen. Ob wie nach alter Rechtslage hier ebenfalls ein **Notbetretungsrecht** besteht, ist streitig, die größere Intensität des Eingriffs in die private Lebenssphäre spricht jedoch für die Pflicht, hier die Ordnungsbehörden einzuschalten. Die Heimgesetze lassen insoweit im verstärkten Maße ordnungsrechtliche Eingriffe in die ambulante Leistungserbringung zu (krit. Griep Sozialrecht aktuell, Sonderheft 2016, 47 (48)). Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeit zur Qualitätsprüfung in Wohngruppen, die keine

stationären Pflegeeinrichtungen iSv § 71 Abs. 2 SGB XI sind (Schiffer-Werneburg Soziale Sicherheit 2016, 414 (423)).

Damit ist insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege in Privatwohnungen die **Einwilligung** von erheblicher Bedeutung, die faktisch aus unterschiedlichen Gründen nicht immer abgegeben wird. Zum Bereich der Grundsicherung wird vertreten, dass den Leistungsempfänger eine Duldungspflicht treffe, aus der die Zumutbarkeit der Einverständniserklärung resultiert. Werde diese nicht abgeben und der Zutritt verweigert, könne dies beweisrechtliche Konsequenzen haben (Luthe jurisPR-SozR 14/2007 Rn. 3; ausführlich Hammel ZfF 2012, 57; vgl. LSG RhPf 2.7.2014 – L 3 AS 315/14 B ER, BeckRS 2014, 72660). Zweifelhaft ist jedoch, ob diese Ansicht auf die Situation von Qualitätsprüfungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung übertragbar ist, weil dort weniger das Bestehen eines Anspruchs des Versicherten als vielmehr die ordnungsgemäße Leistungserbringung durch Dritte überprüft wird. Eine negative Auswirkung der berechtigten Verweigerung einer Einwilligung wird daher kaum zur Einschränkung des Leistungsrechts führen können, solange nicht tatbestandliche Anspruchsvoraussetzungen des Leistungsanspruchs innerhalb der Wohnung überprüft werden müssen.

62

VIII. Weitere Regelungen des Datenschutzes im SGB XI

Datenschutzrechtliche Regelungen finden sich auch **in anderen Vorschriften des SGB XI**: Der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger haben unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, aber nur, wenn eine Einwilligung des Versicherten vorliegt. Die noch generellere Norm des **§ 7 Abs. 2 S. 3** in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung, der zufolge für Beratungen des Pflegebedürftigen eine Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung nur mit Einwilligung des Versicherten zulässig war, wurde zwar durch das PSG III gestrichen, jedoch kann aus dem Schweigen des Gesetzes nicht auf eine allgemeine Datenerhebungsbefugnis geschlossen werden. Dies insbesondere, wenn Schranken wie die ärztliche Schweigepflicht oder das datenschutzrechtliche Gebot der Direkterhebung nach § 67a Abs. 2 SGB X bestehen. Dies gilt namentlich für die Datenerhebung bei Ärzten (vgl. § 18 Abs. 4). Insofern existiert keine normative Ermächtigung iSv § 100 Abs. 1 Nr. 1 SGB X in der gesetzlichen Pflegeversicherung zur **Auskunftserteilung von Ärzten** gegenüber Pflegekassen. Im Rahmen der Begutachtung des Pflegebedürftigen durch den MD ist dieser nach § 18 Abs. 6 S. 2 befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem MD angehören, die für deren Beteiligung an der Begutachtung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln. Zur Erfassung der Versicherungspflichtigen und zur Umsetzung der Melde- und Auskunftspflichten der Mitglieder dürfen die Krankenkassen den Pflegekassen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen personenbezogenen Daten übermitteln – § 50 Abs. 5. Spezielle datenschutzrechtliche Regelungen finden sich ferner in den Vorschriften des Leistungserbringerrechts zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung – §§ 79 Abs. 2, 80 Abs. 4. Bei den im Rahmen von Vergütungsvereinbarungen vorzulegenden Leistungsnachweisen sind personenbezogene Daten von den Pflegeeinrichtungen zu anonymisieren – § 85 Abs. 3 S. 5. Die §§ 93 ff. gelten nur für die Verwendung von Daten durch Pflegekassen und deren Verbände, den MD sowie sonstige von den Verbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige (§ 97a), die Heimaufsichtsbehörden und die Sozialhilfeträger (§ 97b).

63

IX. Private Pflegeversicherungsunternehmen

- 64 Für **private Pflegeversicherungs-Unternehmen** gelten die Normen des Neunten Kapitels nicht (auf sie ist nur die Statistikregelung in § 109 anwendbar). Diese sind keine Leistungsträger iSd § 12 SGB I und daher erheben bzw. verarbeiten diese als nicht in § 35 SGB I genannte Stellen keine Sozialdaten iSv § 67 SGB X, auf die sich die §§ 93 ff. allein beziehen. Sofern private Pflegeversicherungsunternehmen Sozialdaten erhalten, müssen sie diese nach § 78 SGB X im gleichen Umfang schützen. Im Übrigen richtet sich die Datenverwendung in der privaten Pflegeversicherung nach dem allgemeinen Datenschutzrecht (§§ 27–38 BDSG); vgl. Schulin PV-HdB/Hase § 23 Rn. 10.
- 65 Das **Bundesdatenschutzgesetz** (BDSG) idF v. 30.6.2017 (DSAnpUG-EU, BGBl. I 2097) besteht aus drei Teilen. Während die §§ 1–21 BDSG allgemeine Bestimmungen hinsichtlich Anwendungsbereichs und Aufsichtsbehörden bzw. Datenschutzbeauftragte enthalten, sind dies in Teil 2 (§§ 22–44 BDSG) Durchführungsbestimmungen für Verarbeitungen zu Zwecken gem. Art. 2 DS-GVO. Im dritten Teil (§§ 45–84 BDSG) finden sich besondere Bestimmungen für Verarbeitungen zu Zwecken gem. Art. 1 Abs. 1 RL (EU) 2016/680, die nicht unmittelbar anwendbar ist und daher in innerstaatliches Recht transformiert werden musste. In einem vierten Teil (§ 85 BDSG „Besondere Bestimmungen für Verarbeitungen im Rahmen von nicht in die Anwendungsbereiche der VO (EU) Nr. 2016/679 und der RL (EU) 2016/680 fallenden Tätigkeiten“) findet sich eine Regelung zur Übermittlung solcher Daten, die von beiden europäischen Regelungsmechanismen nicht erfasst werden. Zu beachten ist § 1 Abs. 8 BDSG, der bestimmt, dass für Verarbeitungen personenbezogener Daten durch öffentliche Stellen im Rahmen von nicht in die Anwendungsbereiche der DS-GVO und der RL (EU) 2016/680 fallenden Tätigkeiten die DS-GVO und die Teile 1 und 2 des BDSG entsprechend Anwendung finden, soweit nicht in diesem Gesetz oder einem anderen Gesetz Abweichendes geregelt ist.
- 66 Für die Datenverarbeitung privater Pflegeversicherer ist der **Vertrag** naturgemäß die wichtigste **Rechtsgrundlage** für die Datenverarbeitung (Art. 6 Abs. 1 Buchst. b DS-GVO; Art. 9 Abs. 2 Buchst. b DS-GVO). Ansonsten kommen die **Wahrnehmung berechtigter Interessen** (Art. 6 Abs. 1 Buchst. f DS-GVO) sowie die **Einwilligung** (→ Rn. 47 ff.) in Betracht.
- 67 Unabhängig davon, um welchen Vertragstypus es sich handelt, gilt im Rahmen des Art. 6 Abs. 1 Buchst. b DS-GVO, dass die Datenverarbeitung stets nur zulässig ist, wenn diese objektiv für die Erfüllung der den Vertrag prägenden **Haupt und Nebenpflichten** des konkreten Vertrags bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen erforderlich und nicht lediglich nützlich ist (Kühling/Buchner/Buchner/Petri DS-GVO Art. 6 Rn. 38, Rn. 42.). Andererseits ist nicht die Unverzichtbarkeit der Datenverarbeitung Voraussetzung, sondern ob es nach wertender Betrachtung zu ihr eine zumutbare Alternative gibt, die als gleichermaßen geeignet eingestuft werden kann (Schanz/Wolf/Wolf Neues Datenschutzrecht Rn. 576; Kühling/Buchner/Buchner/Petri DS-GVO Art. 6 Rn. 45). Auch besondere Kategorien von Daten iSd Art. 9 Abs. 1 DS-GVO dürfen auf Vertragsbasis verarbeitet werden, da Art. 9 Abs. 2 Buchst. h DS-GVO diesen als Legitimationstatbestand mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs vorbehaltlich weiterer Bedingungen und Garantien ausdrücklich vorsieht (Art. 9 Abs. 3 DS-GVO), weshalb auch die zunehmende digitale Vernetzung in Gesundheitsbereich (Schmidt/Weichert/Bartmann Datenschutz 178 ff.) und die Nutzung von Big Data im Medizinbereich (Weichert DuD 2014, 831; Schaar WzS 2017, 212 (213)) sowie die Behandlung im Sozialbereich hiervon erfasst werden (Kühling/Buchner/Weichert DS-GVO Art. 9 Rn. 114).

Für private Verantwortliche kommt als Legitimationstatbestand im Wesentlichen die Interessenabwägung „**Wahrnehmung berechtigter Interessen**“ gem. Art. 6 Abs. 1 Buchst. f DS-GVO in Betracht. Hierbei handelt es sich nach hM um eine Auffangvorschrift, die das Ziel eines sachgerechten Ausgleichs zwischen den Interessen der Verbraucher und der Wirtschaft verfolgt (Albrecht/Jotzo DatenschutzR Teil 3 C.5. Rn. 51; Plath/Plath BDSG/DS GVO Art. 6 Rn. 17) und nicht als Freibrief für eine beliebige Datenverarbeitung unter Umständen mithilfe einer „argumentativen Fassade“ missbraucht werden darf (vgl. Paal/Pauly/Frenzel DS-GVO/BDSG DS-GVO Art. 6 Rn. 26; Auernhammer/Esser/Kramer DS-GVO Art. 6 Rn. 26). Wie bei der Verarbeitungserlaubnis aus Vertrag bzw. Vorvertrag (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a DS-GVO) muss der private Verantwortliche die Interessen für und gegen eine Verarbeitung im Rahmen einer Einzelfallprüfung abwägen (Erwgr. 47; Auernhammer/Esser/Kramer DS-GVO/BDSG DS-GVO Art. 6 Rn. 27). Berechnigte Interessen sind nur solche, die von der Rechtsordnung anerkannt sind (Plath/Plath BDSG/DS GVO Art. 6 Rn. 21), weshalb bei Gesundheitsdaten aufgrund besonderer Regeln dieser Legitimationstatbestand ausscheidet (Auernhammer/Esser/Kramer DS-GVO Art. 6 Rn. 33).

Die Verarbeitung ist nur erlaubt, wenn die Interessen oder die Grundrechte und Grundfreiheiten der Betroffenen die Verarbeitungsinteressen überwiegen. Hierbei ist ein **objektivierter Maßstab** anzulegen, weil eine Einzelfallprüfung gegenüber jedem Betroffenen nicht möglich wäre. Das Einzelinteresse des Betroffenen wird hingegen über sein Widerspruchsrecht nach Art. 21 DS-GVO berücksichtigt (Auernhammer/Esser/Kramer DS-GVO Art. 6 Rn. 37).

X. Betroffenenrechte

Die DS-GVO enthält umfassende Betroffenenrechte wie Informationspflichten (Art. 13, 14 DS-GVO), das Auskunftsrecht (Art. 15 DS-GVO), das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO), das Recht auf Berichtigung „unrichtiger personenbezogener Daten“ (Art. 16 DS-GVO), das Recht auf Löschung („Recht auf Vergessenwerden“ – Art. 17 DS-GVO), das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO) und das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO). Diese Rechte werden teilweise unmittelbar durch Unionsrecht eingeschränkt (zB Art. 13 Abs. 4, Art. 14 Abs. 5, Art. 21 Abs. 1 DS-GVO; s. BT-Drs. 18/12611, 118). Von der in der **Öffnungsklausel** des Art. 23 DS-GVO eröffneten Möglichkeit, darüber hinausgehender Beschränkungen hat der deutsche Gesetzgeber in den §§ 82–84 SGB X Gebrauch gemacht.

1. Informationspflichten (Art. 13, 14 DS-GVO)

Die Informationspflichten sind **proaktiv** durch den Verantwortlichen zu beachten und setzen keine vorherige Aktion der betroffenen Person voraus. Der Umfang dieser Informationspflichten betrifft nur Metainformationen, nicht den Inhalt der Daten selbst. Die Informationen müssen in aktiver, präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form erteilt werden (Art. 12 Abs. 1 DS-GVO), wobei die Veröffentlichung für viele Fälle gebündelt auf einer Website des Grundsicherungsträgers, zB hinsichtlich der Dauer der Speicherung, den Kategorien von Empfängern und den Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, grundsätzlich ausreicht (Erwgr. 58). Allerdings müssen die Grundsicherungsträger die betroffene Person ausdrücklich auf die Veröffentlichung hinweisen.

Die Informationspflichten werden unmittelbar durch die DS-GVO eingeschränkt, zB bei „unverhältnismäßigem Aufwand“ (Art. 14 Abs. 5 Buchst. b DS-GVO).

Darüber hinaus bestehen **Ausnahmen nach deutschem Recht**. § 82a Abs. 1 Nr. 2 SGB X regelt in Ergänzung zu Art. 14 Abs. 5 Buchst. d DS-GVO, dass die

Information unterbleibt, wenn die Daten oder die Tatsache ihrer Speicherung nach einer (anderen) Rechtsvorschrift (zB § 25 Abs. 3 SGB X, § 119 SGG) oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen der überwiegenden berechtigten Interessen eines Dritten, geheim gehalten werden müssen. Dadurch wird sichergestellt, dass vertrauliche Informationen (zB eines Behördeninformanten) an die öffentliche Verwaltung gegeben werden können, die für die Beurteilung der Leistungspflicht eines Sozialleistungsträgers wesentlich sind, ohne dass ein Informant die Offenlegung seiner Identität zu befürchten hat (vgl. zum Anspruch auf Mitteilung des Namens eines Behördeninformanten: BVerwG NJW 2004, 1543; VG Oldenburg NVwZ-RR 2010, 439 – zur Jugendhilfe; LG Oldenburg 30.11.2010 – 1 Qs 437/10, BeckRS 2011, 12564). Die Ausnahme von der Informationspflicht gilt aber nur, wenn **überwiegende, berechnigte Interessen eines Dritten** an der Geheimhaltung vorliegen und deswegen das Interesse der betroffenen Person an der Informationserteilung zurücktreten muss (BT-Drs. 18/12611, 127 f.; wichtiges Kriterium ist auch die Glaubwürdigkeit der Informationen: BVerwG NJW 2004, 1543).

- 74 Vergleichbare Einschränkungen der Informationspflichten für Daten, die keine Sozialdaten sind, enthalten §§ 32, 33 BDSG.

2. Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO)

- 75 Das Widerspruchsrecht nach Art. 21 DS-GVO, das der betroffenen Person ermöglicht, einer Datenverarbeitung zu widersprechen, besteht nach den Vorgaben in Abs. 1 S. 1 von vornherein nicht, wenn sich die Verarbeitung nicht auf Art. 6 Abs. 1 Buchst. e oder f DS-GVO stützt, was nach der hier vertretenen Auffassung zumindest in **Verwaltungsverfahren mit Amtsermittlungsgrundsatz** (§ 20 SGB X) der Fall ist.

- 76 Auch wenn man Art. 6 Abs. 1 Buchst. e DS-GVO stattdessen als Verarbeitungsgrundlage annimmt, darf der Grundsicherungsträger nach Art. 21 Abs. 1 S. 2 DS-GVO trotz eines zulässigen Widerspruchs die Daten verarbeiten, wenn er **zwin-gende schutzwürdige Gründe** für die Verarbeitung nachweisen kann, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen überwiegen. Der „Widerspruch“ zB gegen die Verwertung eines negativen Sachverständigengutachtens oder einer für den Antragsteller nicht günstigen Auskunft wird daher nicht zum Erfolg führen.

3. Recht auf Auskunft (Art. 15 DS-GVO)

- 77 Nach Art. 15 Abs. 1 DS-GVO hat die betroffene Person das Recht, vom Grundsicherungsträger eine **Bestätigung** darüber zu verlangen, ob sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so hat sie ein Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten sowie auf weitere Informationen wie die Verarbeitungszwecke, Speicherdauer, Herkunft der Daten usw. Der EuGH hat nun klargestellt, dass sich der Begriff „Kopie“ nicht auf ein Dokument als solches, sondern auf die personenbezogenen Daten, die es enthält und die vollständig sein müssen, bezieht. Die Kopie müsse daher alle personenbezogenen Daten enthalten, die Gegenstand der Verarbeitung sind. Der betroffenen Person müsse durch die Ausübung des in Art. 15 DS-GVO vorgesehenen Auskunftsrechts nicht nur ermöglicht werden, zu überprüfen, ob sie betreffende Daten richtig sind, sondern auch, ob sie in zulässiger Weise verarbeitet werden. Hervorzuheben ist, dass nach dem EuGH das Ziel des Auskunftsanspruchs nicht nur die Ausübung von datenschutzrechtlichen Betroffenenrechten ist, sondern dieser auch zur Vorbereitung eventueller Schadensersatzansprüche nach Art. 82 DS-GVO (EuGH 4.5.2023 – C-487/21, NJW 2023, 2253 Rn. 35) dient.

- 78 Nach Art. 15 Abs. 3 DS-GVO muss der Grundsicherungsträger eine **Kopie** der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, zur Verfügung

stellen. Für alle weiteren Kopien, die die betroffene Person beantragt, kann der Verantwortliche ein angemessenes Entgelt auf der Grundlage der Verwaltungskosten verlangen. Der EuGH hat klargestellt, dass unter einer Kopie die originalgetreue Reproduktion oder Abschrift zu verstehen ist, so dass eine rein allgemeine Beschreibung der Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, oder ein Verweis auf Kategorien personenbezogener Daten nicht ausreicht (EuGH 4.5.2023 – C-487/21, NJW 2023, 2253 Rn. 21).

Unstritten ist, ob sich das Recht auf Erhalt einer Abschrift der nach Art. 15 Abs. 1 DS-GVO mitzuteilenden Informationen beschränkt oder sich auf **sämtliche vorhandene Dokumente**, die personenbezogene Daten enthalten, erstreckt. Der – allerdings von Abs. 1 abweichende Wortlaut – legt nahe, dass allenfalls diejenigen Seiten einer Akte in Kopie zur Verfügung zu stellen sind, die einen Personenbezug zum Antragsteller aufweisen (Engelbrecht KommP BY 5/2019; Specht/Mantz DatenschutzR-HdB/Engeler § 22 Rn. 41). Für diese Interpretation spricht auch Art. 15 Abs. 4 DS-GVO, wonach die Rechte Dritter nicht beeinträchtigt werden dürfen. Die Rechtsprechung in Deutschland ist noch uneinheitlich (LG Köln 18.3.2019 – 26 O 25/18, BeckRS 2019, 5634, ZD 2019, 313; OLG Köln 26.7.2019 – 20 U 75/18, BeckRS 2019, 16261, ZD 2019, 462; vgl. auch EuGH 20.12.2017 – C-434/16, NJW 2018, 767 Rn. 57 – Nowak ./.. Data Protection Commissioner; EuGH 7.5.2009 – C-553/07, EuZW 2009, 546 Rn. 51 f. – College van burgemeester en wethouders van Rotterdam ./.. M. E. E. Rijkeboer, allerdings noch zur RL 95/46/EG).

Art. 15 Abs. 4 DS-GVO sieht als immanente Beschränkung des Auskunftsrechts vor, dass das Recht auf Erhalt einer Kopie die **Rechte und Freiheiten anderer Personen** nicht beeinträchtigen darf. Der EuGH hat hierzu unter Hinweis auf Erwgr. 63 entschieden, dass im Fall eines Konflikts zwischen der Ausübung des Rechts auf vollständige und umfassende Auskunft über die personenbezogenen Daten zum einen und den Rechten oder Freiheiten anderer Personen zum anderen die fraglichen Rechte gegeneinander abzuwägen sind. Nach Möglichkeit seien Modalitäten der Übermittlung der personenbezogenen Daten zu wählen, die die Rechte oder Freiheiten anderer Personen nicht verletzen, wobei diese Erwägungen nicht dazu führen dürfen, dass der betroffenen Person jegliche Auskunft verweigert wird (EuGH 4.5.2023 – C-487/21, NJW 2023, 2253 Rn. 32).

Zahlreiche weitere **Einschränkungen des Auskunftsrechts** existieren bei der Verarbeitung zu Forschungs- bzw. Archivzwecken, bei Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung oder bestehenden, satzungsmäßigen Aufbewahrungsvorschriften oder ausschließlich zu Zwecken der Datensicherung oder Datenschutzkontrolle (§ 83 SGB X iVm § 82a Abs. 1, 4 und 5 SGB X).

Bei abgeschlossenen Verfahren ist die Berufung auf § 83 Abs. 1 Nr. 2 SGB X denkbar, jedoch sollte der dort vorausgesetzte „**unverhältnismäßige Aufwand**“ nicht zu leichtfertig bejaht werden, weil die Norm in Anbetracht der Bedeutung der Betroffenenrechte restriktiv auszulegen ist. In Anbetracht von Art. 15 Abs. 4 DS-GVO wird dieser aber zu bejahen sein, wenn die Akte auch personenbezogene Daten von anderen Beteiligten oder sonstigen Dritten enthält, die aufwändig getrennt werden müssten. Im Übrigen kann bei offenkundig unbegründeten oder **exzessiven Anträgen** der betroffenen Person die Auskunft verweigert werden (Art. 12 Abs. 5 S. 2 Buchst. b DS-GVO).

Für Nicht-Sozialdaten enthält § 34 BDSG entsprechende Einschränkungen des Auskunftsrechts.

4. Recht auf Löschung („Recht auf Vergessenwerden“, Art. 17 DS-GVO)

Das Recht nach Art. 17 DS-GVO enthält sowohl ein Recht der betroffenen Person auf Löschung als auch eine Löschpflicht des Verantwortlichen, wenn einer

der in Art. 17 Abs. 1 Buchst. a–f DS-GVO genannten Gründe vorliegt, ua wenn die Daten nicht mehr benötigt werden (ausf. Kühling NJW 2020, 275 ff.). Für Behörden ist insbesondere die Ausnahme nach Art. 17 Abs. 3 Buchst. b DS-GVO relevant. Dies gilt für den Fall, dass die Verarbeitung aufgrund einer **rechtlichen Verpflichtung**, der der Verantwortliche unterliegt, erfolgt. Auch im Hinblick auf die Ausnahme nach Art. 17 Abs. 3 Buchst. e DS-GVO, wenn die Verarbeitung zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist, kann im Einzelfall eine Löschpflicht der Behörde ausgeschlossen sein. § 84 SGB X sieht weitere Beschränkungen für Sozialdaten, § 35 BDSG für Nicht-Sozialdaten vor.

5. Recht auf Datenübertragbarkeit

- 85 Gem. Art. 20 Abs. 3 DS-GVO gilt das Recht nicht für eine Verarbeitung, die für die Wahrnehmung einer Aufgabe erforderlich ist, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, die dem Verantwortlichen übertragen wurde, und findet damit im Verwaltungsverfahren der Grundsicherungsträger ohnehin keine Anwendung (vgl. Kühling/Buchner/Herbst DS-GVO Art. 20 Rn. 14).

XI. Konsequenzen bei der Nichtbeachtung von datenschutzrechtlichen Vorschriften

1. Sanktionen

- 86 Die Verhängung von Bußgeld sowohl hinsichtlich der Tatbestände als auch der Sanktionshöhe wird in der DS-GVO abschließend geregelt (Art. 83 DS-GVO). Gegen Behörden und deren Mitarbeiter können keine Bußgelder verhängt werden (§ 85a Abs. 3 SGB X). § 85 SGB X sieht aber strafrechtliche Sanktionen durch einen Verweis auf § 42 BDSG in den dort genannten Fällen vor.

2. Schadensersatz

- 87 Ein Schadensersatzanspruch kann sich aus Art. 82 Abs. 1 DS-GVO ergeben, der sogar den Ersatz des **immateriellen Schadens** beinhaltet. Art. 82 Abs. 5 DS-GVO erweitert den Kreis der Haftenden nicht, sondern regelt für den Fall, dass mehr als ein Verantwortlicher bzw. Auftragsverarbeiter für den durch die Verarbeitung verursachten Schaden verantwortlich ist, den Regress untereinander. Bisher ist zu beobachten, dass deutsche Gerichte Schadensersatz eher zurückhaltend zusprechen (vgl. OLG Dresden 11.6.2019 – 4 U 760/19, ZD 2019, 567, BeckRS 2019, 12941 Rn. 11; AG Diez 7.11.2018 – 8 C 130/18, ZD 2019, 85, BeckRS 2018, 28667 Rn. 6). Das BVerfG hat eine Amtsgerichtsentscheidung, mit der eine Klage auf Schadensersatz wegen fehlender Erheblichkeit einer ohne Einwilligung übersandten E-Mail abgewiesen wurde, wegen Nichtvorlage zum EuGH und somit Verstoßes gegen Art. 101 Abs. 1 S. 2 GG aufgehoben. Die Frage, unter welchen Voraussetzungen Art. 82 Abs. 1 DS-GVO einen Geldentschädigungsanspruch gewährt und welches Verständnis dieser Vorschrift insbesondere im Hinblick auf Erwgr. 146 S. 3 zu geben ist, sei in der Rspr. des EuGH nicht erschöpfend geklärt. Ebenso wenig könne der Entschädigungsanspruch in seinen einzelnen, für die Beurteilung des im Ausgangsverfahren vorgetragenen Sachverhalts notwendigen Voraussetzungen unmittelbar aus der DS-GVO bestimmt werden (BVerfG NJW 2021, 1005).
- 88 Für den Schadenersatzanspruch aus Art. 82 DS-GVO ist der **Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit** gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 10 SGG iVm § 81b Abs. 1 SGB X eröffnet. Insoweit handelt es sich jedenfalls nicht um einen Schadensersatzanspruch, der sich gegen einen Amtswalter richtet, für den nach Art. 34 S. 3

GG der ordentliche Rechtsweg zwingend gegeben ist. Vielmehr ist iSd Art. 82 DS-GVO der Verantwortliche selbst schadenersatzpflichtig (BSG 6.3.2023 – B 1 SF 1/22 R, ASR 2023, 134, BeckRS 2023, 5209 Rn. 9).

Der EuGH hat inzwischen klargestellt, dass Art. 82 Abs. 1 DS-GVO dahin auszulegen ist, dass der bloße Verstoß gegen die Bestimmungen dieser Verordnung nicht ausreicht, um einen Schadenersatzanspruch zu begründen (EuGH 4.5.2023 – C-300/21, NJW 2023, 1930 Rn. 42). Des Weiteren steht die Norm einer nationalen Regelung oder Praxis entgegen, die den Ersatz eines immateriellen Schadens im Sinne dieser Bestimmung davon abhängig macht, dass der der betroffenen Person entstandene Schaden einen bestimmten Grad an Erheblichkeit erreicht hat (EuGH 4.5.2023 – C-300/21, NJW 2023, 1930 Rn. 51). Schließlich folgt aus dem Urteil, dass Art. 82 DS-GVO dahin auszulegen ist, dass die nationalen Gerichte bei der Festsetzung der Höhe des Schadenersatzes die innerstaatlichen Vorschriften der einzelnen Mitgliedstaaten über den Umfang der finanziellen Entschädigung anzuwenden haben, sofern die unionsrechtlichen Grundsätze der Äquivalenz und der Effektivität beachtet werden (EuGH 4.5.2023 – C-300/21, NJW 2023, 1930 Rn. 51).

Derzeit gibt es verschiedene **Vorlageverfahren beim EuGH** zur Bemessung des Schadenersatzes, insbesondere ob diesem Sanktionscharakter zukommt (EuGH 10.3.2022 – C-182/22, BeckEuRS 2022, 754035; AG München 10.3.2022 – 132 C 1263/21, ZD 2022, 568; EuGH 8.11.2021 – C-667/21, BeckEuRS 2021, 749981 (Vorabentscheidungsersuchen BAG vom 8.11.2021)).

3. Verfahrensrechtliche Sanktionen

Die Nichtbeachtung datenschutzrechtlicher Normen im Verwaltungsverfahren kann uU bereits die **Rechtswidrigkeit der Entscheidung über den Leistungsfall** bewirken. Dies wäre ein ausnahmsweise nach § 42 SGB X beachtlicher Verfahrensfehler, sofern nicht offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat (vgl. BSG 20.7.2010 – B 2 U 17/09 R, NZS 2011, 473). Gemäß § 42 S. 1 SGB X kann zwar die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nach § 40 SGB X nichtig ist, nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist. Dies gilt aber nur, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat, was wiederum bei der Verwertung von rechtswidrig gewonnenen Ermittlungsergebnissen häufig der Fall sein wird.

Zur Entscheidung der Frage, ob ein Beweisgewinnungsverbot zu einem **Beweisverwertungsverbot** führt, sind die widerstreitenden Interessen unter- und gegeneinander abzuwägen (BSG 5.2.2008 – B 2 U 8/07 R, SGB 2009, 40 (47 f.) = BeckRS 2008, 54146 mwN; vgl. BVerfG 9.11.2010 – 2 BvR 2101/09, BeckRS 2010, 56265, 2011, NJW 2011, 2417 zur Verwertung der Steuer-CDs für den hinreichenden Tatverdacht; Benfer NVwZ 1999, 237 (239); Köhler, Kausalität, Finalität und Beweis, 2001, S. 34). Die Intensität des Verfahrensverstößes fällt dabei ebenso ins Gewicht wie die Überlegung, dass die Wahrheit nicht um jeden Preis erforscht werden darf (BGH 17.3.1983 – 4 StR 640/82, BGHSt 31, 304 (309) = BeckRS 1983, 614). Nach ganz herrschender Meinung ist die Verwertung grundsätzlich verboten, wenn die verletzte Norm den Betroffenen vor Grundrechtseingriffen schützt (Hufen, Fehler im Verwaltungsverfahren, 4. Aufl. 2002, Rn. 143; Köhler, Kausalität, Finalität und Beweis, 2001, S. 30). Dies gilt auch für eine Verletzung des aus Art. 2 Abs. 1 GG sowie Art. 6 EMRK abgeleiteten Anspruchs auf ein faires Verfahren (s. zu dessen Inhalt BVerfG 14.5.1985 – 1 BvR 370/84, BVerfGE 69, 381 (385 ff.) = BeckRS 1985, 726; 2.3.1993 – 1 BvR 249/92, BVerfGE 88, 118 (124 ff.) = BeckRS 1993, 1509; BVerfG 30.11.2010 – 2 BvR 2101/09, NJW 2011, 2417).

- 93 Problematisch ist ua die Frage, ob ein Beweisverwertungsverbot auch unbegrenzt **Fernwirkungen** dergestalt entfaltet, dass Folgegutachten, die in Kenntnis eines unter Verstoß gegen eine datenschützende Norm zu den Akten gelangten Gutachtens, aber ansonsten ohne Rechtsverstoß erstellt wurden, zwangsläufig ebenfalls nicht verwertbar sind. Eine allgemeine Fernwirkung von Beweisverwertungsverboten ist dem deutschen Recht im Unterschied beispielsweise zum US-amerikanischen Strafprozessrecht, wo nach der „fruit-of-the-poisonous-tree-doctrine“ auch mittelbare Beweisergebnisse als „Früchte des verbotenen Baumes“ stets einem Verwertungsverbot unterliegen, fremd (vgl. Bieresborn SGB 2009, 52 mwN).
- 94 Fraglich ist ferner das Eintreten von Beweisverwertungsverboten im Falle des Verstoßes gegen datenschutzrechtliche Normen, die **ausschließlich Dritte schützen**. Im Strafverfahren wird insoweit die **Rechtskreistheorie** vertreten, der zufolge ein Beweismittel nur dann nicht zulasten des Betroffenen verwertet werden darf, wenn bei der Beweiserhebung gegen eine Norm verstoßen wurde, die gerade ihn schützen sollte (zuletzt BGH 20.1.2004, NStZ 2004, 442; s. auch BGH 27.2.1951 – 1 StR 14/51, BGHSt 1, 39 (40) = BeckRS 1951, 103109; BGH 21.1.1958 – GSSt 4/57, BGHSt 11, 213 (219) = BeckRS 1958, 104690; BGH 26.5.1992 – 5 StR 122/92, BGHSt 38, 302 (304); Meyer-Goßner/Schmitt StPO § 55 Rn. 17; Joecks/Jäger StPO § 55 Rn. 193). Insofern wäre eine Übertragung dieses Gedankens bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen des Leistungserbringers unter Verstoß gegen Rechte der Pflegeperson (Art. 13 GG, Art. 2 Abs. 1 iVm Art. 1 Abs. 1 GG) erwägenswert.

4. Neue Klagemöglichkeiten

- 95 Zusätzliche gerichtliche Rechtsbehelfe stehen sowohl dem Verantwortlichen und Auftragsverarbeiter als auch der betroffenen Person zu (Art. 78, 79 DS-GVO), für die bei Sozialdaten weitgehend die **Sozialgerichtsbarkeit** zuständig ist (§§ 81a, 81b SGB X).
- 96 Art. 78 Abs. 1 DS-GVO begründet unbeschadet anderer Rechtsbehelfe das Recht auf einen wirksamen gerichtlichen Rechtsbehelf gegen **rechtsverbindliche Beschlüsse der datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde**. Davon werden alle der Bestandskraft fähigen Entscheidungen und damit auch Verwaltungsakte erfasst, die auf Grundlage von Art. 58 DS-GVO ergehen. Für die Klagebefugnis erforderlich ist, dass die Behörde durch einen Beschluss der Aufsichtsbehörde rechtsverbindlich betroffen ist. Von der Einführung einer mit § 32i Abs. 3 AO vergleichbaren Regelung, die der zuständigen Stelle nach § 35 SGB I ein Klagerecht auf Feststellung des Bestehens einer Mitwirkungspflicht gewährt, wenn die zuständige datenschutzrechtliche Aufsichtsbehörde die Mitwirkungspflicht einer anderen öffentlichen Stelle oder einer nicht-öffentlichen Stelle rechtsverbindlich verneint, hat der Gesetzgeber abgesehen. Eine dem Steuerrecht vergleichbare Fallkonstellation stellt sich bei Sozialdaten nicht, weil dort bei Verwaltungsakten mit Drittwirkung eine entsprechende Klagebefugnis des Drittbetroffenen angenommen wird. So könnte der Grundsicherungsträger im Falle der Weigerung eines Unterhaltsschuldners, nach § 60 SGB II Auskünfte, die personenbezogene Daten Dritter enthalten, zu erteilen, gegen eine dies bestätigende Entscheidung des BfDI selbständig vorgehen.
- 97 Art. 79 Abs. 1 DS-GVO gewährt **betroffenen Personen** einen zusätzlichen gerichtlichen Rechtsbehelf gegen einen nach ihrer Ansicht gegen die DS-GVO verstoßenden Umgang mit ihren personenbezogenen Daten. Prüfungsmaßstab ist die DS-GVO. Die verletzten Normen dürfen nicht nur objektiv-rechtlichen Charakter haben – wie zB die Verpflichtung zur Bestellung eines Datenschutzbeauftragten (Art. 37 DS-GVO) oder Durchführung einer Datenschutz-Folgenabschätzung (Art. 35 DS-GVO) –, sondern müssen konkrete Auswirkungen auf subjektive Rechte des Klägers haben. Klagegegner wären die Grundsicherungsträger als Verant-

wortliche sowie ggf. deren Auftragsverarbeiter. Parallel geführte Verfahren auf Unterlassungs- oder Schadenersatzansprüche gegen den Verantwortlichen stehen der Zulässigkeit nicht entgegen, ebenso wenig die parallele Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde (Art. 77 und 78 DS-GVO).

Erster Abschnitt. Informationsgrundlagen

Erster Titel. Grundsätze der Datenverwendung

§ 93 Anzuwendende Vorschriften

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

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Allgemeines	2
III. Inhalt der Norm	3
1. Verweisung auf § 35 SGB I	3
2. Verweisung auf §§ 67 ff. SGB X	11
3. Verarbeiten von Daten	14
a) Erheben	15
b) Speichern von Daten	19
c) Übermitteln von Daten	21
d) Weitere Verarbeitungsvorgänge	27
4. Zweckändernde Datenverarbeitung	29

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie 1 hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 102 RegE); vgl. Begründung des RegE S. 150. Der AuS-Ausschuss hat lediglich redaktionelle Änderungen vorgenommen (BT-Drs. 12/5920, 87). Ihre aktuelle Fassung hat die Norm durch das 2. **Datenschutzanpassungsgesetz** v. 20.11.2019 (BGBl. I 1626) erhalten, durch das im Wesentlichen terminologische Anpassungen an die DS-GVO erfolgten (BT-Drs. 19/4674, 404).

II. Allgemeines

Die Vorschrift stellt klar, dass die allgemeinen Vorschriften über den Sozialdaten- 2 schutz in § 35 SGB I und den §§ 67–85 SGB X auch für die Pflegeversicherung gelten. Es handelt sich nur um eine deklaratorische Klarstellung, weil die gesetzlichen Pflegeversicherungen als Leistungsträger gem. § 12 SGB I ohnehin an diese Vorschriften gebunden sind (kritisch zum „Merkposten“-Charakter der Regelung Rombey ZFSH/SGB 2023, 1 (20)).

III. Inhalt der Norm

1. Verweisung auf § 35 SGB I

- 3 § 35 SGB I als **sozialdatenschutzrechtliche Generalnorm** definiert als „Sozialgeheimnis“ den Anspruch jedes Betroffenen, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt verarbeitet werden. Des Weiteren postuliert die Vorschrift das Sichern von Daten mit der Maßgabe, auch innerhalb des Leistungsträgers sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden. Letzterer technisch-organisatorische Datenschutz steht in engem Zusammenhang mit der Informationssicherheit. Die in § 35 SGB I geregelten Grundsätze des Sozialdatenschutzes können gem. § 37 S. 2 SGB I durch abweichende Vorschriften in anderen Büchern des Sozialgesetzbuchs nicht wirksam außer Kraft gesetzt oder modifiziert werden (HK-SozDatenschutzR/Krahmer/Hoidn SGB I § 35 Rn. 1). § 35 Abs. 2 SGB I verweist hinsichtlich der Zulässigkeit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung auf die §§ 67 ff. SGB X, geht diesen gem. § 37 Abs. 1 S. 2 SGB I aber zugleich auch vor (LPK-SGB I/Bearbeiter § 37 Rn. 20; zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen in den anderen Büchern Rombey ZFSH/SGB, 2023, 1).
- 4 § 35 Abs. 2 S. 1 SGB I normiert ein **gesetzliches Verbot** der Verarbeitung von Sozialdaten unter dem Erlaubnisvorbehalt der DS-GVO sowie des zweiten Kapitels des SGB X und der übrigen Bücher des SGB. Die Norm berücksichtigt damit im Rahmen ihres Anwendungsbereichs die unmittelbare Geltung der DS-GVO iSd Art. 288 Abs. 2 AEUV. Punktueller Wiederholungen von sowie Verweise auf Bestimmungen aus der DS-GVO im SGB X erfolgen nur aus Gründen der Verständlichkeit und Kohärenz (BT-Drs. 18/12611, 96; s. zum Wiederholungsverbot → Vor §§ 93–109 Rn. 12). Bei Regelungen im Rahmen einer Öffnungsklausel (zB Art. 6 Abs. 1 DS-GVO iVm Abs. 2, Abs. 3 DS-GVO oder Art. 9 Abs. 2 Buchst. b, j DS-GVO) kann hingegen wiederum nicht auf die DS-GVO zurückgegriffen werden (BT-Drs. 18/12611, 96 f.; vgl. Kühling/Martini DS-GVO S. 28 f.).
- 5 § 35 Abs. 2 S. 1 SGB I stellt klar, dass die (sozial-)datenschutzrechtlichen Regelungen im SGB das bereichsspezifische Datenschutzrecht **abschließend** regeln. Diese haben gegenüber den Regelungen des BDSG Vorrang, weshalb bei der Verarbeitung von Sozialdaten nicht nach § 1 Abs. 2 BDSG auf die Vorschriften des BDSG subsidiär zurückgegriffen werden kann, sofern nicht im Einzelfall darauf ausdrücklich verwiesen wird. Aufgrund des neuen § 35 Abs. 2a SGB I erübrigt sich auch die Frage nach der analogen Anwendbarkeit der entsprechenden Regelung im BDSG (§ 1 Abs. 3 BDSG aF, nunmehr Abs. 2).
- 6 § 35 Abs. 2 S. 2 SGB I bestimmt, dass für die Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen von Tätigkeiten, die **nicht dem Anwendungsbereich der DS-GVO** unterfallen, diese sowie das Zweite Kapitel des SGB X und die übrigen Bücher des SGB Anwendung finden. Es handelt sich um eine konstitutiv wirkende Regelung, durch die sichergestellt wird, dass entsprechend der bisherigen Regelungssystematik ein datenschutzrechtliches Vollregime unabhängig von der Reichweite der DS-GVO angeboten wird (BT-Drs. 18/12611, 96; vgl. § 1 Abs. 8 BDSG; sowie BR-Drs. 110/17, 75).
- 7 Diese Regelung ist vor dem Hintergrund des den sachlichen Anwendungsbereich der DS-GVO regelnden Art. 2 DS-GVO zu verstehen (Schütze/Bieresborn SGB X Vor §§ 67 bis 85 Rn. 70).
- 8 § 35 Abs. 2a SGB I enthält parallel zu § 1 Abs. 2 S. 2 BDSG eine bisher nicht im SGB enthaltene Klarstellung, dass gesetzliche Geheimhaltungspflichten oder Berufs- oder besondere Amtsgeheimnisse, die nicht auf gesetzlichen Vorschriften beruhen, neben diesem Gesetz bestehen bleiben. Dies gilt insbes. für die **ärztliche Schweigepflicht**, wobei sich Offenbarungsbefugnisse auch aus Übermittlungsbefugnissen

nach § 100 SGB X iVm den einschlägigen bereichsspezifischen Normen ergeben können (vgl. BSG 22.6.1983 – 6 RKA 10/82, BSGE 55, 150 (160) = SozR 2200 § 368 Nr. 8 = VersR 1985, 260). Nur das „unbefugte“ Offenbaren ist nach § 203 StGB unter Strafe gestellt (zur ärztlichen Schweigepflicht → Vor §§ 93–109 Rn. 55 ff.).

§ 35 Abs. 5 SGB I bestimmt wie zuvor, dass auch die Daten **Verstorbener**, die nicht unter das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, sondern unter das postmortale Persönlichkeitsrecht fallen (BSG 15.2.2005 – B 2 U 3/04 R, BSGE 94, 149 (160) = NZS 2006, 43), durch das Sozialgeheimnis geschützt sind. Die DS-GVO umfasst diese ebenfalls nicht, sieht die Möglichkeit der mitgliedstaatlichen Regelung aber in Erwgr. 27 DS-GVO vor. Nach dem Tod der betroffenen Person dürfen diese betreffende Sozialdaten nur nach Maßgabe der §§ 67–85a SGB X sowie darüber hinaus außerdem verarbeitet werden, wenn schutzwürdige Interessen des Verstorbenen oder seiner Angehörigen dadurch nicht beeinträchtigt werden können (§ 35 Abs. 5 S. 2 SGB I). Aus dem Urteil des BGH zum Übergang eines Nutzungsvertrags mit einer sozialen Plattform auf die Erben (BGH 12.7.2018 – III ZR 183/17, NJW 2018, 3178 = BeckRS 2018, 16463 Rn. 39) darf nicht gefolgert werden, dass auch im Bereich des Sozialdatenschutzes die Erben aufgrund der Universalkuktion (§ 1922 BGB) keine Dritten seien, da diese die Position der verstorbenen Person einnehmen. Es vermag nicht zu überzeugen, dass § 35 Abs. 5 S. 2 SGB I nur zum Tragen kommt, wenn Erben und Angehörige nicht identisch sind (so Filusch ZD 2022, 155). Diese rein erbrechtliche Sichtweise wird der der öffentlich-rechtlichen Wertung des § 35 Abs. 5 SGB I, der den aus Art. 1 Abs. 1 GG abgeleiteten postmortalen Schutz auf die besonders schutzwürdigen Sozialdaten ausdehnt, nicht gerecht (so auch zu § 88 TKG Martini/Kienle JZ 2019, 235 (236); KG CR 2017, 454 (460) Rn. 96). Daher ist stets das Vorliegen eines Übermittlungstatbestands zu prüfen oder eine Interessenabwägung gem. § 35 Abs. 5 S. 2 SGB I vorzunehmen.

Schließlich nimmt § 35 Abs. 4 SGB I im Unterschied zur DS-GVO auch Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse in den Schutz des Sozialgeheimnisses auf.

2. Verweisung auf §§ 67 ff. SGB X

Die in § 67 SGB X definierten Sozialdaten bilden eine eigene – nun abschließend geregelte (§ 35 Abs. 2 SGB I) – spezifische Datenkategorie nach deutschem Recht: Es handelt sich um personenbezogene Daten (Art. 4 Nr. 1 DS-GVO), die von einer in § 35 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach dem SGB verarbeitet werden.

Nach Art. 4 Nr. 1 DS-GVO sind „personenbezogene Daten“ alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare, natürliche Person beziehen. Hierfür genügt es, dass ein unmittelbarer Bezug zur Person des Betroffenen herstellbar ist. Wie nach bisherigem Recht ist Voraussetzung, dass es sich um Einzelangaben handelt, die eine **natürliche Person** bestimmen bzw. bestimmbar machen, die einen in der Person des Betroffenen liegenden oder auf diesen bezogenen Sachverhalt beschreiben und die die Charakterisierung oder Identifizierung des Betroffenen ermöglichen sowie dass die **personenbezogenen Einzeldaten** von einer der in § 35 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf deren Aufgaben nach dem SGB erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Neben Daten, die eine Person bestimmen oder bestimmbar machen, gelten weiterhin als **Einzeldaten** solche, die einen in der Person des Betroffenen liegenden oder auf den Betroffenen bezogenen Sachverhalt beschreiben sowie jegliche andere Angaben zu einer Person, die dieser zugeordnet werden können. „Personenbezogen“ ist umfassend zu verstehen, so dass auch Einzelangaben dazu gehören, die nicht **persönliche**, sondern **sachliche Verhältnisse** einer bestimmten oder bestimmbaren Person betreffen, zB Versicherten-, Arbeitgeber- oder Lieferanteneigenschaften einerseits, Einkommen, Beitragsschuld,

Forderungen andererseits (zur Frage der Anonymisierung bzw. Pseudonymisierung → Vor §§ 93–109 Rn. 25).

- 13 Den Status als Sozialdatum erlangen die oben genannten Einzeldaten nur, wenn sie von einer der in § 35 SGB I genannten Stelle **im Hinblick auf deren Aufgaben nach dem SGB** erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Zu diesen Stellen gehören ausschließlich die Sozialleistungsträger und deren Verbände sowie die in S. 4 der Vorschrift aufgeführten Stellen (vgl. HK-SozDatenschutzR/Krahmer/Hoidn SGB I § 35 Rn. 14). Damit sind Daten, die von gesetzlichen Pflegeversicherungen im Rahmen ihres Aufgabenbereichs verarbeitet werden, stets Sozialdaten. Private Leistungserbringer wie Krankenhäuser (vgl. aber BSG 10.12.2008 – B 6 KA 37/07 R., BSGE 102, 134 Rn. 23 = BeckRS 2009, 59019; so wie hier BeckOGK/Seewald SGB I § 35 Rn. 4; vgl. Heberlein SGB 2009, 724 (725)) werden mangels Erwähnung in § 35 SGB I ebenso wenig erfasst wie Sozialgerichte (Schütze/Bieresborn SGB X § 67 Rn. 10a; Bieresborn SGB 2010, 501 (503)), weshalb von diesen Stellen erhobene Daten nicht zwingend Sozialdaten sind. **§ 78 SGB X** erweitert den Anwendungsbereich der SGB-X-Normen wiederum auf in § 35 SGB I nicht genannte Stellen oder Personen, an die Daten befugt (oder unbefugt, vgl. Schatzschneider MDR 1982, 9 f.; Kunkel ZfSH/SGB 1990, 337 (338)) übermittelt wurden, dahingehend, dass diese denselben Geheimhaltungspflichten wie die in § 35 SGB I genannten Stellen unterliegen (**verlängerter Datenschutz**). Nach § 35 Abs. 4 SGB X stehen Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Sozialdaten gleich. Sofern Pflegekassen Daten außerhalb ihres Aufgabenbereichs, zB im Rahmen der Fiskalverwaltung oder im Personalbereich verarbeiten, handelt es sich nicht um Sozialdaten, sondern es findet das BDSG Anwendung.

3. Verarbeiten von Daten

- 14 Die DS-GVO definiert auch für das deutsche Recht verbindlich in Art. 4 Nr. 2 DS-GVO den Begriff „Verarbeitung“, der nun **alle Formen des Umgangs mit Daten** umfasst. Nach bisheriger Terminologie (§ 67 Abs. 6 SGB X aF) war „Verarbeiten“ nur das „Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen von Sozialdaten“, während die Schritte der Datenerhebung und Nutzung davon nicht umfasst wurden. Gleichwohl wird im Bereich des Sozialdatenschutzes weiterhin an dieser Differenzierung der Unterfälle des Datenumgangs – allerdings nun als Unterfälle der Verarbeitung – mit unterschiedlicher Zulässigkeit und klarer Abgrenzbarkeit als spezifischere Regelung (Art. 6 Abs. 1 Buchst. c, e DS-GVO iVm Art. 6 Abs. 3 S. 1 Buchst. b DS-GVO) festgehalten, weshalb § 67a SGB X die Erhebung nach wie vor eigenständig regelt. Sofern im bisherigen bereichsspezifischen Datenschutzrecht mit der Benennung der sog. Trias „Erheben, Verarbeiten und Nutzen“ (vgl. § 93 SGB XI in der bisherigen Fassung sowie § 35 Abs. 1 S. 1 SGB I aF sowie § 67 Abs. 1 S. 1 SGB X aF) umfassend alle Vorgänge mit Daten gemeint waren, wird nun lediglich der Begriff „Verarbeiten“ iSd DS-GVO verwandt.
- 15 **a) Erheben.** Während nach der bisherigen Definition Erheben das zielgerichtete „Beschaffen“ von Daten über den Betroffenen war (vgl. § 3 Abs. 3 BDSG, § 67 Abs. 5 SGB X jeweils idF bis 24.5.2018), ist dies nach der neuen Rechtslage, die keine Legaldefinition enthält, fraglich. So verwendet die englische Sprachfassung nicht nur den Begriff „to collect“ (= „sammeln“), was ebenso ein **zielgerichtetes Vorgehen** verlangt, sondern auch „to obtain“ (= erhalten, zB in Art. 14 Abs. 1 S. 1 DS-GVO), wofür das passive Erlangen genügt. Daher ist zB fraglich, ob auch das Zuspänschleppen von Informationen durch einen Behördeninformanten – etwa über Leistungsbetrug – die Informationspflichten auslöst. Diese Streitfrage wird erst der EuGH verbindlich beantworten können. Einen datenerheblichen Vorgang mit den entsprechenden Rechtsfolgen wird spätestens das **Speichern** der Informationen bedeuten.

§ 67a SGB X normiert die Voraussetzungen, unter denen eine Erhebung von Sozialdaten zulässig ist. Das Amtsermittlungsprinzip (§ 20 SGB X) wird dadurch nicht aufgehoben, es darf aber bei der Erhebung von Sozialdaten nur innerhalb des Entscheidungsspielraumes, den § 67a SGB X zulässt, ausgeübt werden (André BABI. 1994, 12). Die Erhebung muss jedenfalls **erforderlich** sein, was dann der Fall ist, wenn die Kenntnis der Daten notwendig ist, um die gestellte Aufgabe – wie die Beurteilung eines Leistungsfalles – rechtmäßig, vollständig und in angemessener Zeit erfüllen zu können (BSG 28.11.2002 – B 7/1 A 2/00 R, BSGE 90, 162 168 = NJW 2003, 2932). Bei besonders sensiblen Daten, die heute den besonderen Kategorien nach Art. 9 Abs. 1 DS-GVO entsprechen, ist der Ermittlungsumfang zu begrenzen, es sei denn, dass es gerade auf diese ankommt (vgl. BSG 19.9.2008 – B 14 AS 45/07 R, NVwZ-RR 2009, 1005, BeckRS 2009, 51932 Rn. 24; BSG 19.2.2009 – B 4 AS 10/08, BeckRS 2009, 61442 Rn. 20).

§ 67a Abs. 2 SGB X stellt nach wie vor als Ausfluss des Verhältnismäßigkeitsprinzips eine streng einzuhaltende **Hierarchie der Erhebung** auf, der zufolge die Ersterhebung grds. beim Betroffenen zu erfolgen hat, die Erhebung bei Dritten grds. nur unter Mitwirkung des Betroffenen bzw. ohne dessen Mitwirkung nur in Ausnahmefällen erfolgen darf. Sinn und Zweck der Vorschrift besteht darin, dass zum einen der Betroffene selbst entscheiden können soll, welche Daten über ihn erhoben werden (jurisPK-SGB X/Fromm SGB X § 67a Rn. 24), zum anderen ein Dritter nicht ohne zwingende Gründe erfahren soll, dass eine bestimmte Stelle, die bei Sozialdaten idR. eine Sozialleistungsbehörde ist, Daten über den Betroffenen erhebt (vgl. BSG 25.1.2012 – B 14 AS 65/11 R, BSGE 110, 75 = SozR 4-1200 § 35 Nr. 4 Rn. 29 = BeckRS 2012, 69827; Hauck/Noftz/Rombach SGB X § 67a Rn. 102; Bieresborn jurisPR-SozR 19/2012 Anm. 2). Hiergegen verstößt nach Ansicht des LSG Niedersachsen-Bremen eine Pflegekasse, wenn sie die ihr obliegenden Aufgaben nach dem SGB XI im Rahmen des sog. Outsourcing auf private Dienstleister ohne Rechtsgrundlage überträgt und Daten verarbeitet, die aus dieser einer unzulässigen Kooperation stammen (LSG Nds-Brem 24.2.2022 – L 12 P 25/20 KL, BeckRS 2022, 6415 Rn. 59; s. auch → § 94 Rn. 11).

Als Mitwirkung iSv Abs. 2 ist auch die **Einwilligung** anzusehen. Das BSG hat zu erkennen gegeben, dass auch eine besondere Eilbedürftigkeit eine Datenerhebung ohne Mitwirkung des Betroffenen sowie ein Zurückstellen schutzwürdiger Interessen an der Geheimhaltung von Daten rechtfertigen kann (BSG 25.1.2012 – B 14 AS 65/11 R, BSGE 110, 75 83 = ZD 2012, 573 zur Einholung einer Vermieterauskunft). Eine Direkterhebung bei Dritten darf im Übrigen erfolgen, wenn eine Norm dies ausdrücklich vorsieht (§ 67a Abs. 2 Nr. 2a SGB X).

b) Speichern von Daten. Speichern ist das Erfassen, Aufnehmen oder Aufbewahren von Sozialdaten auf einem Datenträger zum Zwecke ihrer weiteren Verarbeitung oder Nutzung (§ 67 Abs. 6 S. 2 Nr. 1 SGB X aF). Unter Erfassen ist das schriftliche Fixieren der Daten zu verstehen (vgl. auch. BSG 20.7.2010 – B 2 U 17/09 R, SGB 2011, 405 ff. mAnm Bieresborn = BeckRS 2010, 74685).

Auch die **Dauer des Speicherns** orientiert sich an dessen Erforderlichkeit. Grundsätzlich gilt, dass die Notwendigkeit der Speicherung von Sozialdaten so lange besteht, bis die Aufgabe, zu deren Erfüllung sie verarbeitet wurden, endgültig erledigt ist. Hierbei ist nicht nur auf die Dauer des Verfahrens (§ 8 SGB X) abzustellen, das erst mit Eintritt der Bestandskraft eines beendenden Verwaltungsaktes (§ 77 SGB X) endet, sondern es sind die weiteren gesetzlichen Regelungen zur Korrektur von Verwaltungsakten (§ 48 Abs. 1 SGB X sowie § 45 Abs. 1 SGB X zu berücksichtigen, die eine Aufhebung von Verwaltungsakten nach bis zu zehn Jahren vorsehen (BSG 14.5.2020 – B 14 AS 7/19 R, ZD 2021, 101 = BeckRS 2020, 23121). Der BGH hat nun entschieden, dass es kein automatisches „Recht auf

Vergessenwerden“ nach Art. 17 DS-GVO gibt, sondern der jeweilige Einzelfall maßgeblich ist (BGH 27.7.2020 – VI ZR 405/18, NJW 2020, 3436).

- 21 **c) Übermitteln von Daten.** Eine nicht mehr legaldefinierte Übermittlung liegt nur vor, wenn Daten an einen **Dritten** außerhalb der verantwortlichen Stelle gegeben werden. Dies lässt sich nunmehr indirekt aus § 67d Abs. 1 SGB X ableiten. Da nach der DS-GVO auch das Erheben zu den Verarbeitungsvorgängen gehört (Freund/Shagdar SGB 2018, 195 ff. (Teil I); SGB 2018, 267 ff. (Teil II)), hat die Unterscheidung zwischen Erheben und Übermitteln zwar seine Bedeutung verloren; bei Sozialdaten kommt ihr wegen der zusätzlichen Beschränkungen in § 67b SGB X sowie der Hinweispflichten nach § 76 Abs. 2 SGB X jedoch nach wie vor Relevanz zu (Bieresborn NZS 2017, 926 (928)).
- 22 Eine Übermittlung ist nach dem SGB X an höhere Voraussetzungen als eine Nutzung oder sonstige Verarbeitung geknüpft, da sie typisierend betrachtet als **besonders intensiver Eingriff** in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung gilt. Soweit keine Verarbeitungsbefugnis aus der DS-GVO direkt resultiert, verlangt das SGB X das Vorliegen eines besonderen Übermittlungstatbestands. Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse bestehen zB bei der Fahndungshilfe (§ 68 SGB X), bei geplanten Straftaten nach § 138 StGB, zum Schutz der inneren und äußeren Sicherheit (§ 72 SGB X), der Verletzung der Unterhaltspflicht (§ 74 SGB X) sowie für Forschung und Planung unter dem Vorbehalt der Einwilligung (§ 75 SGB X). In der Praxis ist § 69 Abs. 1 Nr. 1 u. 2 SGB X als Übermittlungsbefugnisnorm bei der Aufgabenerfüllung, die auch die Durchführung eines damit zusammenhängenden Gerichtsverfahrens umfasst, besonders wichtig.
- 23 Der deutsche Gesetzgeber hat zudem von der Ermächtigung in Art. 9 Abs. 4 DS-GVO, die Verarbeitung **biometrischer, genetischer und Gesundheitsdaten** als weiteren Unterfall der besonderen Kategorien von Daten generell zu begrenzen, in § 67b Abs. 1 S. 3 SGB X Gebrauch gemacht, so dass – wiederum mit Ausnahme der ausdrücklich ausgenommenen Einwilligung – die Verarbeitung auf unmittelbarer Grundlage der DS-GVO insofern begrenzt wird, als ein normativer Übermittlungstatbestand nach dem SGB vorliegen muss (ausführlich Spranger MedR 2017, 864 (866); s. auch Erwgr. 53).
- 24 § 76 Abs. 1 SGB X beschränkt die Zulässigkeit der Übermittlung ärztlicher Sozialdaten darauf, dass der Arzt selbst übermittlungsbefugt wäre. Die Norm dient der „Verlängerung“ des **Arzt- bzw. Berufsgeheimnisses**. Nach § 76 Abs. 2 SGB X gilt dies wiederum nicht iRd § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X für Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht. Der Betroffene ist von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verwaltungsverfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen (Nr. 1). Das zusätzliche Widerspruchsrecht in § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X wird in Fällen der notwendigen Kontrolle nach Abs. 3 eingeschränkt; da es nicht mit dem in Art. 21 DS-GVO normierten Widerspruchsrecht identisch ist, konnte es durch den nationalen Gesetzgeber ohne Beachtung der Voraussetzungen in Art. 23 DS-GVO eingeschränkt werden.
- 25 Auch beim **Datenaustausch zwischen Ärzten**, der zB im Rahmen der Erstellung arbeitsteiliger Gutachten regelmäßig erfolgt, sind sowohl die Bestimmungen des Datenschutzes als auch die ärztliche Schweigepflicht zu beachten (Baur MedSach 2006, 79 (81); BSG 7.5.2019 – B 2 U 25/17 R, NZS 2020, 233, BeckRS 2019, 24199).
- 26 Eine Übermittlungsbefugnis auf **Basis der Eigeninitiative (Initiativübermittlung)** ist im SGB X zugunsten der Behörden mit wenigen Ausnahmen nicht vorgesehen; vielmehr verlangen die Übermittlungsnormen meistens das **Ersuchen** einer

dritten Stelle. Lediglich § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X befugt zur Übermittlung zur Erfüllung eigener gesetzlicher. Eine Übermittlung nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 1 SGB X erfordert kein Ersuchen einer dritten Stelle, wenn der Erhebungszweck die Übermittlung an Dritte verlangt (zB bei der Einholung eines Sachverständigengutachtens, s. aber § 76 SGB X). Sofern es um die Erfüllung eigener Aufgaben geht, gilt dies auch für § 67 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB X. Problematisch ist insofern, ob zur Erfüllung von Aufgaben der dritten Stelle (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 3 SGB X), zB bei Verdacht auf Leistungsmissbrauch zu Lasten dieser Stelle, eine Übermittlung ohne Ersuchen an diese erfolgen darf. Dem steht der Gesetzeswortlaut nicht entgegen, jedoch ist im Hinblick auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu verlangen, dass ein entsprechend konkreter Verdacht vorliegt, denn die Annahme einer generellen Initiativübermittlungsbefugnis ohne konkreten Anlass, damit dort zB von Amts wegen ein eventueller Leistungsmissbrauch überprüft werden kann, würde die Diversität der Sozialleistungsträger einerseits und ihre jeweilige Eigenschaft als verantwortliche Stelle konterkarieren.

d) Weitere Verarbeitungsvorgänge. Unter **Verändern** von Daten ist jede materielle Umgestaltung zu verstehen (vgl. § 67 Abs. 6 Nr. 2 SGB X aF). Darunter fällt auch das Verknüpfen von Daten aus verschiedenen Dateien, die Übernahme von Daten in andere Vorgänge, Veränderung der Reihenfolge oder des Zusammenhangs, auch etwa eine Adressenänderung. Die **Sperrung** von Daten bedeutet, dass diese Daten nur noch eingeschränkt verarbeitet oder genutzt werden dürfen und dass diese Beschränkung kenntlich zu machen ist (vgl. § 67 Abs. 6 Nr. 4 SGB X aF). Einschlägige Bestimmung ist hierfür nun Art. 16 DS-GVO. **Löschen** iS ist jede Form der Unkenntlichmachung, von der **physischen Vernichtung** bis hin zu den üblichen Hinweisen, die kennzeichnen, dass ein Text nicht mehr gelten soll (zB Schwärzen, Überschreiben usw). Diesen Vorgang erfasst inzwischen Art. 17 DS-GVO.

Nutzen ist jede Verwendung von Sozialdaten, soweit es sich nicht um eine Verarbeitung handelt, auch die Weitergabe innerhalb der speichernden Stelle (vgl. § 67 Abs. 7 SGB X aF). Die allgemeinen Voraussetzungen sind in §§ 67b und 67c SGB X festgeschrieben. Das Nutzen iSv § 67 Abs. 7 SGB X aF war als Auffangtatbestand angelegt (Schütze/Roller SGB X § 3 Rn. 107), dh er greift immer dann, wenn die Verwendung der Daten keiner der sonstigen Phasen der Verarbeitung von Daten zugewiesen werden kann. Werden Sozialdaten mit einer bestimmten Zweckbestimmung ausgewertet, zusammengestellt oder auf sonstige Art zielgerichtet zur Kenntnis genommen, liegt ein Nutzen von Sozialdaten vor.

4. Zweckändernde Datenverarbeitung

Art. 6 Abs. 4 DS-GVO verlangt für die Zulässigkeit der zweckändernden Verarbeitung das Vorliegen einer **Einwilligung** oder einer **verhältnismäßigen Rechtsvorschrift** der Union oder der Mitgliedstaaten (zum Zweckbindungsgrundsatz → Vor §§ 93–109 Rn. 21). Die Voraussetzungen einer zweckändernden Datenverarbeitung nach dem SGB ergeben sich aus § 67c Abs. 2 SGB X, wonach zulässig nach § 67c Abs. 1 SGB X gespeicherte Daten von demselben Verantwortlichen für andere Zwecke nur gespeichert, verändert oder genutzt werden dürfen, wenn

1. die Daten für die Erfüllung von Aufgaben nach anderen Rechtsvorschriften dieses Gesetzbuches als diejenigen, für die sie erhoben wurden, erforderlich sind,
2. es zur Durchführung eines bestimmten Vorhabens der wissenschaftlichen Forschung oder Planung im Sozialleistungsbereich erforderlich ist und die Voraussetzungen des § 75 Abs. 1, 2 oder 4a S. 1 SGB X vorliegen.

Insbesondere Nr. 1 ist eng auszulegen, wie das BSG zur Mitgliederwerbung von Krankenkassen entschieden hat (BSG 28.11.2002 – B 7/1 A 2/00 R, BSGE 90, 162 (166) = BeckRS 2003, 40161).

31 Bei Fehlen dieser Bedingungen (Norm bzw. Einwilligung) nennt Art. 6 Abs. 4 DS-GVO als **weiteren Ausnahmetatbestand**, dass die Verarbeitung „zu einem anderen Zweck mit dem Erhebungszweck vereinbar ist“, wobei exemplarisch fünf Positiv-Kriterien

1. Verbindung der Zwecke (Buchst. a),
2. Erhebungszusammenhang (Buchst. b),
3. Art der Daten (Buchst. c),
4. Folgenabschätzung (Buchst. d) und
5. Vorhandensein geeigneter Garantien (Buchst. e)

genannt werden, die der Verantwortliche zu berücksichtigen hat. Es ist nicht geklärt, ob diese Alternative dem Verantwortlichen die zweckändernde Verarbeitung aus eigener Initiative auch dann ermöglicht, wenn lediglich die tatbestandlichen Voraussetzungen einer existierenden, abschließenden Regelung (zB §§ 67c, 78 und 75 SGB X, § 4 Abs. 2 Nr. 1–4 DIGAV) nicht vorliegen. Letztere „weite“ Auslegung ist weder nach dem Wortlaut noch der Systematik des Art. 6 DS-GVO überzeugend (Paal/Pauly/Frenzel BDSG DS-GVO Art. 6 Rn. 46; vgl. Kühling/Buchner/Buchner/Petri DS-GVO Art. 6 Rn. 199 f., die betonen, dass Art. 6 Abs. 4 DS-GVO keine Öffnungsvorschrift sei; Erwgr. 50 S. 2 wird allgemein als redaktionelles Versehen interpretiert wird, Schantz NJW 2016, 1841 (1844)), weil sie letztlich dazu führen würde, dass durch nationale Rechtsetzung diese Befugnis zur zweckändernden Datenverarbeitung des Verantwortlichen nicht beschränkt werden könnte (Jukić/Rahn GesR 2020, 749 (755) scheinen dies zu vertreten, wenn sie als Ermächtigung für die Zweckbindungsregeln in § 4 DIGAV allein Art. 9 Abs. 4 DS-GVO erwähnen und deshalb problematisieren, ob dies nur für Gesundheitsdaten möglich ist). Bei privaten Datenverarbeitern würde dies zu einer erheblichen Privilegierung gegenüber öffentlichen, gesetzgebundenen Stellen führen. §§ 75, 78 SGB X wie auch § 25 Abs. 2 BDSG versuchen dieser Problematik dadurch zu begegnen, dass die Übermittlung von Sozialdaten an Private bzw. nicht in § 35 SGB I genannte Stellen von deren **Selbstverpflichtung** abhängig gemacht wird, die Daten nur zum Übermittlungszweck zu nutzen. Weil Rechtsgrundlage zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch nicht-öffentliche Stellen im Zweifel die Wahrnehmung berechtigter Interessen ist (Art. 6 Abs. 1 Buchst. j DS-GVO), kann sich der Betreffende im Falle einer zuvor erteilten Selbstverpflichtung (Gedanke des „venire contra factum proprium“) nicht darauf berufen. Selbst bei Annahme einer darüber hinausgehenden Befugnis zur zweckändernden Verarbeitung einfacher Daten wird ein Verantwortlicher allein auf Grundlage des Art. 6 Abs. 4 DS-GVO auch keine Übermittlung zu anderen Zwecken vornehmen dürfen, weil eine zulässige zweckändernde Verarbeitung nur der Verantwortliche („Erstverarbeiter“) selbst vornehmen kann (Bieresborn NZS 2017, 926 (929)).

§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

(1) Die Pflegekassen dürfen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur verarbeiten, soweit dies für:

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 20 bis 26) und der Mitgliedschaft (§ 49),
2. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung (§§ 54 bis 61),
3. die Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 4, 28 und 28a) sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
4. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§§ 18 bis 18c und 40),
5. die Abrechnung mit den Leistungserbringern und die Kostenerstattung (§§ 84 bis 91 und 105),

6. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit, der Abrechnung und der Qualität der Leistungserbringung (§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),
- 6a. den Abschluss und die Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),
7. die Aufklärung und Auskunft (§ 7),
8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 12), die Pflegeberatung (§ 7a), das Ausstellen von Beratungsgutscheinen (§ 7b) sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten (§ 7c),
9. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,
10. statistische Zwecke (§ 109),
11. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7) erforderlich ist.

(2) ¹Die nach Absatz 1 erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. ²Auf Ersuchen des Betreuungsgerichts hat die Pflegekasse diesem zu dem in § 282 Abs. 1 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit genannten Zweck das nach §§ 18 bis 18c zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellte Gutachten einschließlich der Befunde des Medizinischen Dienstes zu übermitteln.

(3) Versicherungs- und Leistungsdaten der für Aufgaben der Pflegekasse eingesetzten Beschäftigten einschließlich der Daten ihrer mitversicherten Angehörigen dürfen Personen, die kasseninterne Personalentscheidungen treffen oder daran mitwirken können, weder zugänglich sein noch diesen Personen von Zugriffsberechtigten offenbart werden.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Allgemeines	2
III. Zwecke der Datenverarbeitung	3
1. Datenverarbeitung zur Feststellung der Mitgliedschaft und des Versicherungsverhältnisses (Abs. 1 Nr. 1)	8
2. Feststellung der Beitragspflicht, Beiträge, Tragung und Zahlung (Abs. 1 Nr. 2)	9
3. Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen (Abs. 1 Nr. 3)	11
4. Datenverarbeitung nach Abs. 1 Nr. 4	12
5. Datenverarbeitung nach Abs. 1 Nr. 5	13
6. Datenverarbeitung nach Abs. 1 Nr. 6	14
7. Abschluss vertraglicher Vereinbarungen (Abs. 1 Nr. 6a)	15
8. Verarbeitung personenbezogener Daten nach Abs. 1 Nr. 7	16
9. Datenverarbeitung nach Abs. 1 Nr. 8	17
10. Verarbeitung personenbezogener Daten nach Abs. 1 Nr. 9	18
11. Verarbeitung zu statistischen Zwecken (Abs. 1 Nr. 10)	19
12. Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen (Abs. 1 Nr. 11)	20
13. Zweckändernde Verarbeitung und Nutzung (Abs. 2 S. 1)	21
14. Übermittlung von Gutachten (Abs. 2 S. 2)	22
15. Schutzvorschrift des Abs. 3	23

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 103 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 151. Der AuS-Ausschuss hat in Abs. 1 Nr. 1 und 2 lediglich redaktionelle Änderungen vorgenommen (BT-Drs. 12/5920, 88). Abs. 1 Nr. 7 wurde durch Art. 10 Nr. 20 SGB IX an die Diktion des SGB IX angepasst. Durch Art. 1 Nr. 16 PQsG wurden Abs. 1 Nr. 6 neu gefasst und Nr. 6a eingefügt. In Abs. 2 wurde S. 2 durch Art. 11 des Zweiten Betreuungsrechts-Änderungsgesetzes (vom 21.4.2005, BGBl. I 1073) angefügt. Durch das PflegeWEG wurden Abs. 1 Nr. 3, Nr. 6 und Nr. 8 neu gefasst und Nr. 11 angefügt. Abs. 1 Nr. 8 wurde im PNG ergänzt. Abs. 1 Nr. 7: wurde durch Gesetz vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) mWv 1.1.2016 geändert. Zuletzt wurde die Norm in abs. 1 Nr. 6 und Nr. 7 durch das PSG III vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) geändert. Sodann wurde die Vorschrift durch das 2. Datenschutzanpassungsgesetz vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626) an die DS-GVO terminologisch angepasst (BT-Drs. 19/4674, 404). Durch das Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789) erfolgte eine redaktionelle Anpassung von Abs. 2 S. 2. Zuletzt wurde die Norm durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWz 1.10.2023 geändert.

II. Allgemeines

- 2 Die Vorschrift regelt, für welche Zwecke personenbezogene und personenbeziehbare Daten bei den Pflegekassen erfasst und verwendet werden dürfen. Die Vorschrift entspricht in weiten Bereichen § 284 SGB V.

III. Zwecke der Datenverarbeitung

- 3 **Abs. 1** regelt entsprechend § 284 Abs. 1 SGB V, für welche Zwecke die Pflegekassen personenbezogene Daten des Versicherten verarbeiten können. Die Norm ist in systematischem Kontext mit den §§ 67a–67d SGB X zu verstehen. Während die **Speicherung, Veränderung und Nutzung** von Sozialdaten gem. § 67c Abs. 1 SGB X zu dem Zweck, für den die Daten erhoben wurden und sofern dies erforderlich ist, immer zulässig sind, müssen bei **Änderung des Zwecks** entweder ein solcher, der sich aus dem SGB ergibt (§ 67c Abs. 2 SGB X) oder dies für ein bestimmtes Forschungsvorhaben zulässig sein. Darüber hinaus kommt die Einwilligung der betroffenen Person in Betracht (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a DS-GVO bzw. Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO jeweils iVm Art. 6 Abs. 4 DS-GVO; vgl. → § 93 Rn. 29). § 94 grenzt die Verarbeitungsmöglichkeiten für Pflegekassen weiter ein. Sofern es sich um biometrische, genetische oder Gesundheitsdaten handelt – der Gesetzgeber geht bei von Pflegekassen verarbeiteten Daten anscheinend generell davon aus, dass es sich um Gesundheitsdaten iSv Art. 15 DS-GVO handelt (BT-Drs. 19/4674, 404) –, ist abweichend von Art. 9 Abs. 2 Buchst. b, d–j DSGVO die Verarbeitung nur zulässig, soweit eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis nach den §§ 68–77 SGB X oder nach einer anderen Rechtsvorschrift in diesem Gesetzbuch vorliegt, sodass auch keine andere Befugnisnorm der DS-GVO mit Ausnahme der Einwilligung in Betracht kommt (→ § 93 Rn. 23).
- 4 Während § 284 Abs. 1 SGB V lediglich das Erheben und Speichern von Daten nennt, betrifft § 94 Abs. 1 darüber hinaus sämtliche Formen der Datenverarbeitung. Außerdem weicht der Katalog des Abs. 1 im Hinblick auf die **spezifischen Aufgaben der Pflegeversicherung** von der Enumeration des § 284 Abs. 1 SGB V ab,

nämlich indem auch die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Nr. 6), der Abschluss und die Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen, Vergütungsvereinbarungen sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (Nr. 6a) die Beratung über Maßnahmen der Prävention und Teilhabe sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege (Nr. 7) und die Koordinierung pflegerischer Hilfen, die Pflegeberatung, die Ausstellung von Beratungsgutscheinen sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten (Nr. 8) umfasst werden (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 3).

Der systematische Kontext spricht dafür, dass auch **Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse** dem Schutz der §§ 93 ff. unterliegen (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 31). Die Zwecke sind abschließend aufgezählt. Vorausgesetzt wird in jedem Fall, dass die Datenverarbeitung erforderlich ist (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 5).

Trotz des Verbs „dürfen“ eröffnen die Regelungen in Abs. 1, 2 und 3 nicht die Anwendung von Ermessen, sondern es handelt sich nur um eine **Befugnisnorm** (sog. Kompetenz-Kann) (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 56).

Die Norm verlangt jeweils, dass die Verarbeitung zu den genannten Zwecken erforderlich ist und trägt damit dem geltenden **Verhältnismäßigkeitsprinzip** wie dem **Grundsatz der Datenminimierung** aus Art. 5 DS-GVO Rechnung (Rom-bey ZFSH/SGB 2023, 8 (20)).

1. Datenverarbeitung zur Feststellung der Mitgliedschaft und des Versicherungsverhältnisses (Abs. 1 Nr. 1)

Abs. 1 Nr. 1 erlaubt die Datenverarbeitung zur Feststellung der Mitgliedschaft und des Versicherungsverhältnisses nach §§ 20–26 und 49. Der weit auszulegende Begriff der „Feststellung“ umfasst nicht nur die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten im Rahmen bestehender Versicherungsverhältnisse, sondern auch die erforderlichen Ermittlungen der Pflegekassen im Zusammenhang mit der Begründung bzw. Anbahnung von Versicherungsverhältnissen (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 8).

2. Feststellung der Beitragspflicht, Beiträge, Tragung und Zahlung (Abs. 1 Nr. 2)

Abs. 1 Nr. 2 gestattet die Verarbeitung personenbezogener Daten zur **Feststellung der Beitragspflicht** und der **Beiträge**, deren **Tragung** und **Zahlung** nach §§ 54–61.

Diese sind oft unvermeidlich mit der Erhebung und Speicherung von Daten **dritter Personen** verbunden sind. Gerade die den Pflegekassen nach § 60 Abs. 3 S. 3 eingeräumte Befugnis, die ordnungsgemäße Beitragszahlung zu prüfen, kann dazu führen, dass auch die Daten der Arbeitgeber sowie anderer Personen (zB der Drittschuldner und anderer Gläubiger im Rahmen von Zwangsvollstreckung oder Insolvenz) und nicht nur die allein auf die Person des Versicherten bezogenen Daten verwertet werden (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 9).

3. Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen (Abs. 1 Nr. 3)

Nr. 3 verleiht den Pflegekasse die Befugnis, personenbezogene Daten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Leistungsgewährung an Versicherte zu verarbeiten. Diese insbesondere von §§ 4 und 28 erfassten Daten können viele Details über den Gesundheitszustand der Versicherten enthalten und sind von entsprechend hoher Sensibilität. Soweit sie von einem Arzt oder einer anderen Stelle iSd § 203 Abs. 1

und 3 StGB übermittelt werden, fallen sie als „besonders schutzwürdige“ Daten unter § 76 SGB X. Betreffen diese Daten ärztlich verordnete Leistungen, dann dürfen sie im Bereich der GKV als „versichertenbezogene“ Angaben nur unter den in § 284 Abs. 1 S. 2–4 und Abs. 2 SGB V genannten Voraussetzungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern gespeichert werden. Diese Einschränkungen enthält das SGB XI nicht (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022 Rn. 10). Die Aufnahme der Datenverarbeitung im Rahmen von Erstattungsansprüchen nach § 116 SGB X geht auf das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I 2190) zurück, das in § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 11 SGB V die Erhebung und Speicherung von Sozialdaten für die Durchführung von **Erstattungs- und Ersatzansprüchen** ausdrücklich aufgenommen hat und in der Folge mit Wirkung ab 1.7.2008 durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) eine entsprechende Ergänzung in Abs. 1 Nr. 3 erfolgte. Die Norm steht einer Datenerhebung durch ein **privates Dienstleistungsunternehmen**, das im Auftrag der Pflegekasse handelt, entgegen, da sie zwar den Pflegekassen eine Verarbeitung rechtmäßig erhobener Sozialdaten der Versicherten erlaubt, nicht hingegen eine Erhebung, Speicherung oder Verarbeitung von Daten, die aus Maßnahmen im Rahmen einer unzulässigen Kooperation mit einem privaten Dritten stammen (LSG Nds-Brem 24.2.2022 – L 12 P 25/20 KL, BeckRS 2022, 6415 Rn. 59). Das BSG hat die Revision zurückgewiesen. Es fehle an einer für eine Übertragung von Aufgaben erforderlichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung (BSG 30.8.2023 – B 3 A 1/22 R (Pressebericht); vgl. BSG 8.10.2019 – B 1 A 3/19 R, BSGE 129, 156 = SozR 4–2500 § 11 Nr. 6 Rn. 28 = BeckRS 2019, 34377 zur Parallelvorschrift § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

4. Datenverarbeitung nach Abs. 1 Nr. 4

- 12 Die Datenverwendung nach **Abs. 1 Nr. 4** hat vor allem bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 Bedeutung und erstreckt sich in diesem Rahmen auf eine Vielzahl höchst sensibler Daten. Demgemäß wurden die Erhebung, die Verarbeitung und die Nutzung personenbezogener Daten durch den Medizinischen Dienst in § 97 gesondert geregelt (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022 Rn. 11). Der zusätzliche Verweis auf die §§ 18a–18c erfolgte durch das PUEG v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155).

5. Datenverarbeitung nach Abs. 1 Nr. 5

- 13 **Abs. 1 Nr. 5** gestattet die Verwendung von Daten für die Abrechnung mit den Leistungserbringern gem. §§ 84–90 und 105 und die Kostenerstattung im Rahmen des § 91 (Hauck/Noftz/Didong, 08/2013, Rn. 10). Da die Pflegesätze nach § 84 Abs. 2 S. 1 leistungsgerecht sein müssen und gem. § 84 Abs. 2 S. 2 von dem „Versorgungsaufwand“ des Pflegebedürftigen abhängen, ist die Festsetzung der Pflegesätze zwangsläufig mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten des Pflegebedürftigen verbunden (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 12). **Kostenerstattung** ist nach § 91 vorgesehen, wenn zugelassene Pflegeeinrichtungen auf eine vertragliche Regelung der Vergütung verzichten oder eine derartige Vereinbarung aus sonstigen Gründen nicht zustande kommt. Diese Finanzierungsart dient der Wahlfreiheit der Versicherten (Hauck/Noftz/Didong, 08/2013, Rn. 10).

6. Datenverarbeitung nach Abs. 1 Nr. 6

- 14 Die Landesverbände sind nach **Abs. 1 Nr. 6** befugt, die für die Aufgaben der Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach §§ 79, 112, 113, 114, 115 und 117 erforderlichen Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 13).

Durch das PSG III vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) wurde vor dem Hintergrund von Betrugsfällen die Vorschrift mWz 1.1.2017 um die Überwachung der Abrechnung ergänzt.

7. Abschluss vertraglicher Vereinbarungen (Abs. 1 Nr. 6a)

Abs. 1 **Nr. 6a** ist durch das PQsG vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) eingefügt worden. Der Abschluss der in Nr. 6a genannten vertraglichen Vereinbarungen berührt datenschutzrechtliche Belange von Pflegebedürftigen sowie von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten, wobei allerdings davon ausgegangen werden kann, dass die Erhebung personenbezogener Daten nur in Ausnahmefällen erforderlich ist (Gesetzesbegründung zu Art. 1 Nr. 16 PQsG, M 014, S. 44). Die Ergänzung mit Wirkung ab 1.4.2007 ermöglicht den Pflegekassen, zum Abschluss und zur Durchführung von Verträgen zur integrierten Versorgung personenbezogener Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen (Gesetzesbegründung zu Art. 8 Nr. 41 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, BT-Drs. 16/3100, 188). Es handelt sich um eine datenschutzrechtliche Ergänzung zu der Einführung der integrierten Versorgung in der Pflegeversicherung in § 92b (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022 Rn. 14).

8. Verarbeitung personenbezogener Daten nach Abs. 1 Nr. 7

Abs. 1 Nr. 7 idF des PSG III vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) berechtigt die Pflegekassen zur Verwendung personenbezogener Daten für die Aufklärung und Auskunft. Diese allgemeine Fassung hat die Vorschrift erst durch das PSG III mit Wirkung zum 1.1.2017 erhalten. Zuvor beschränkte sich die Norm auf die Beratung über Maßnahmen der Prävention und Teilhabe sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege nach § 7. Ab dem 1.1.2016 durften dann die Pflegekassen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung (auch) erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die „Aufklärung und Auskunft“ über Leistungen der Prävention und Teilhabe sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege „sowie über deren Erbringer“ (§ 7) erforderlich ist (Abs. 1 Nr. 7 idF des PSG II vom 21.12.2015, BGBl. I 2424). Da Beratungen ohne Verwendung personenbezogener Daten nicht möglich sind, ist eine entsprechende Datenschutzregelung unentbehrlich (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 15).

9. Datenverarbeitung nach Abs. 1 Nr. 8

Abs. 1 Nr. 8 ermächtigt die Pflegekassen zur Datenverwendung bei der Koordination pflegerischer Hilfen nach § 12, der die Aufgaben der Pflegekassen allgemein und programmatisch zusammenfasst. Durch § 12 Abs. 1 S. 1 (bis 4) wird den Pflegekassen die Sicherstellung der „pflegerischen Versorgung“ ihrer Versicherten übertragen. Dieser Auftrag wird in § 69 näher konkretisiert (Gesetzesbegründung zu Art. 1 § 11 Abs. 1 E-PflegeVG, M 010 S. 62; Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 16).

10. Verarbeitung personenbezogener Daten nach Abs. 1 Nr. 9

Abs. 1 Nr. 9 erlaubt den Pflegekassen die Verwendung personenbezogener Daten für die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern. Für die Pflegekassen fallen insoweit insbesondere Abrechnungen mit den Krankenkassen im Bereich des Beitragsinzuges nach §§ 28d ff. SGB IV und § 60 Abs. 3 an (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 17).

11. Verarbeitung zu statistischen Zwecken (Abs. 1 Nr. 10)

Abs. 1 Nr. 10 befugt die Pflegekassen, personenbezogene Daten für statistische Zwecke gem. § 109 zu verarbeiten. Die Pflegestatistiken sollen dem Bund und den

Ländern statistische Angaben über den Stand und die Entwicklung der pflegerischen Versorgung zur Verfügung stellen (Gesetzesbegründung zu Art. 1 § 118 E-PflegeVG, M 010, S. 178). Diese Angaben sind Grundlage der Fortentwicklung und Finanzierung der Pflegeversicherung (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 18).

12. Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen - (Abs. 1 Nr. 11)

- 20 **Abs. 1 Nr. 11** ist durch Art. 1 Nr. 58e des PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mit Wirkung ab 1.7.2008 eingefügt worden. Nach § 115 Abs. 3 S. 7 gilt § 66 SGB V entsprechend und die Pflegekassen dürfen Pflegebedürftige bei der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen unterstützen, was eine Datenübermittlungsbefugnis voraussetzt (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 19).

13. Zweckändernde Verarbeitung und Nutzung (Abs. 2 S. 1)

- 21 **Abs. 2 S. 1** bestimmt, dass die Verarbeitung personenbezogener Daten der Versicherten über den in Abs. 1 festgelegten Zweck und Umfang hinaus nur zulässig ist, wenn eine andere Bestimmung des SGB dies anordnet oder erlaubt. Die Vorschrift regelt damit die **zweckändernde Verarbeitung** von bereits vorhandenen Sozialdaten (zur Zulässigkeit der zweckändernden Verarbeitung → § 93 Rn. 29 ff.). Das bisher verwendete Begriffspaar „verarbeiten und nutzen“ sollte nach bisherigem Rechtsverständnis alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfassen. Die Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung iSd Art. 4 Nr. 2 DSGVO bedeutet dennoch keine inhaltliche Änderung, da sich aus dem eindeutigen Wortlaut des Abs. 2 S. 1 ergibt, dass es sich nur um die Verarbeitung von Daten handelt, die von den Pflegekassen bereits erhoben wurden. Die Datenerhebungsbefugnis ergibt sich aus Abs. 1. Nur auf diese nach Abs. 1 erhobenen Daten bezieht sich die Verarbeitungsbefugnis. Eine Ermächtigung zur Erhebung weiterer Daten wird durch die Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung für die Pflegekassen nicht geschaffen (BT-Drs. 19/4674, 406). Die Vorschrift ist damit strenger als § 67c Abs. 2 SGB X, wonach das Speichern, Verändern oder Nutzen „für andere Zwecke“ erlaubt ist, wenn dies für die Erfüllung anderer Aufgaben nach dem SGB erforderlich ist (Nr. 1) (Rombey ZFSH/SGB 2023, 8 (20)). Eine Änderung des Verarbeitungszweckes ist zudem zulässig bei Einwilligung des Betroffenen (Art. 6 Abs. 4 DSGVO) und für bestimmte Vorhaben der Forschung und Planung (Nr. 2). Gemäß § 67c Abs. 3 S. 1 SGB X liegt eine Speicherung, Veränderung oder Nutzung für andere Zwecke nicht vor, wenn sie für die Wahrnehmung von Aufsichts-, Kontroll- und Disziplinarbefugnissen, der Rechnungsprüfung oder der Durchführung von Organisationsuntersuchungen für die speichernde Stelle erforderlich ist. Gleiches gilt eingeschränkt für Ausbildungs- und Prüfungszwecke (§ 67c Abs. 3 S. 2 SGB X). Eine Beschränkung unmittelbarer Verarbeitungsbefugnisse auch zur zweckändernden Verarbeitung nach der DSGVO wird die Norm wegen Art. 9 Abs. 3 DSGVO iVm § 67 Abs. 1 S. 3 SGB X nur bei biometrischen, genetischen oder Gesundheitsdaten bewirken können (→ Vor §§ 93–109 Rn. 13; vgl. LSG Bln–Bbg 21.10.2022 – L 4 KR 28/21 KL, BeckRS 2022, 40344 Rn. 191, NZS 2023, 593).

14. Übermittlung von Gutachten (Abs. 2 S. 2)

- 22 **Abs. 2 S. 2** erlaubt den Pflegekassen, die vom MD bzw. einem anderen Gutachter (vgl. § 18) zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit erstellten Gutachten an das Vormundschaftsgericht zu übermitteln, wenn die Voraussetzungen des § 282 Abs. 1 FamFG vorliegen. Es handelt sich somit um eine **Übermittlungsbefugnisnorm** iSv § 67d SGB X (dazu Schütze/Bieresborn SGB X § 67d Rn. 3). Die Vorschrift ergänzt die Regelung in § 280 FamFG vom 17.12.2008 (BGBl. I 2586; bis

31.8.2009: § 68b Abs. 1a FGG). Hiernach darf ein Betreuer erst bestellt werden, nachdem das Gutachten eines Sachverständigen über die Notwendigkeit der Betreuung eingeholt worden ist. Die Norm verleiht der Pflegekasse die Befugnis zur Herausgabe des Gutachtens und der Befunde an das Gericht, weil Abs. 2 S. 1 nur eine Herausgabe nach Maßgabe der Vorschriften des SGB erlaubt. Die Vermeidung einer weiteren Begutachtung entspricht dem Gedanken des § 96 SGB X, der bei der Prüfung der Voraussetzungen von Sozialleistungen die Verwendung von Untersuchungsergebnissen anderer Leistungsträger erlaubt (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 22). Die Norm ist im Kontext des § 76 Abs. 2 Nr. 3 SGB X zu lesen, der eine Ausnahme von der Regelung in § 76 Abs. 1 SGB X darstellt. Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 SGB I genannten Stelle von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Abs. 1 und 3 StGB genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre; diese Einschränkung gilt nicht im Rahmen von Übermittlungen nach Abs. 2 S. 2. Ein zusätzliches Widerspruchsrecht besteht nicht, weil der Gesetzgeber davon ausging, dass diese Übermittlung regelmäßig im Interesse der betroffenen Person steht. Das Widerspruchsrecht nach § 76 SGB X ist im Übrigen nicht mit demjenigen nach Art. 21 DS-GVO zu verwechseln, das dann ohnehin nicht besteht, wenn es eine Datenverarbeitung zur Erfüllung einer öffentlich-rechtlichen Verpflichtung nach Art. 6 Abs. 1c DS-GVO handelt (Art. 21 Abs. 1 DS-GVO). Die Norm wurde durch das Gesetz für bessere und unabhängiger Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789) redaktionell angepasst sowie zuletzt durch das PUEG vom 19.6.2023 mWz 1.10.2023 (BGBl. I Nr. 155).

15. Schutzvorschrift des Abs. 3

Abs. 3 sollte dem informationellen Selbstbestimmungsrecht der **Beschäftigten** 23 der Pflegekassen Rechnung tragen. Durch § 35 Abs. 1 S. 3 SGB I, der für alle Bereiche des SGB gilt (§ 37 SGB I), ist die Vorschrift obsolet geworden. Es handelt sich um eine sinnvolle Schutzvorschrift für Arbeitnehmer der Pflegekassen, deren aktuelle Gesundheitsdaten im Falle der Kassenmitgliedschaft idR gespeichert sind (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 23, dort auch zur grundsätzlichen Kritik an dieser Regelung). Zur Umsetzung mittels Errichtung einer „Chinese Wall“ Rombey ZFSH/SGB 2023, 8 (20).

§ 95 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen

(1) Die Verbände der Pflegekassen dürfen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeiten, soweit diese für:

1. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit, der Abrechnung und der Qualitätssicherung der Leistungserbringung (§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),
 - 1a. die Information über die Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7),
 2. den Abschluss und die Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),
 3. die Wahrnehmung der ihnen nach §§ 52 und 53 zugewiesenen Aufgaben,
 4. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7)
- erforderlich sind.

(2) § 94 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 104 RegE), vgl. Begr. des RegE S. 151. Durch Art. 1 Nr. 17 PQsG wurden Abs. 1 Nr. 1 und 2 neu gefasst. Durch das PflegeWEG wurden Abs. 1 Nr. 1 und 2 neu gefasst und Abs. 1 Nr. 3 angefügt. Durch Art. 1 Nr. 29 des Gesetzes vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) wurde die Norm mWv 1.1.2016 und zuletzt durch das PSG III vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) zum 1.1.2017 geändert. Zuletzt wurde die Vorschrift durch das **2. Datenschutzanpassungsgesetz** vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626) an die DS-GVO terminologisch angepasst (BT-Drs. 19/4674, 404).

II. Inhalt

- 2 Die Norm regelt speziell die **Verarbeitungsbefugnisse der Verbände** der Pflegekassen. In **Abs. 1** werden im Einzelnen die Zwecke aufgeführt, für die die Verbände der Pflegekassen personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen können. Verbände der Pflegekassen sind die Landesverbände der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (s. §§ 52 und 53). Die Datenverwendung der Verbände ist auf die Wahrnehmung der ihnen gesetzlich zugewiesenen Verbandsaufgaben (§§ 52, 53 – Abs. 1 Nr. 3) sowie speziell auf ihre Kompetenzen im Leistungserbringerrecht (§§ 73, 74, 79, 80 – Abs. 1 Nr. 1 und 2) begrenzt. Eine datenschutzrechtliche Regelung für die Tätigkeit externer Sachverständiger liegt in § 97a für die Qualitätsprüfung vor (vgl. Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 15). Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat nach § 113 Abs. 1 S. 1 mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des MD des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist, zu vereinbaren. Ansonsten sind die Landesverbände der Pflegekassen für die Prüfung der Qualität der einzelnen zugelassenen Pflegeeinrichtungen (§ 114 Abs. 1 S. 1), die Veröffentlichung der von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (§ 115 Abs. 1a S. 1), die Beseitigung der festgestellten Mängel (§ 115 Abs. 2 S. 1) und für die Kündigung von Versorgungsverträgen bei nicht fristgerechter Beseitigung von festgestellten Mängeln (§ 115 Abs. 2 S. 2) zuständig. § 115 Abs. 1 S. 1 ist eine notwendige Ergänzung der Vorschriften zur Datenverwendung, zumal die Pflegeeinrichtungen Auskunftspflichten nach § 114 Abs. 1 S. 4 haben und die Einrichtungen ohne Kenntnis der Ermittlungsergebnisse außerstande sind, bei Anhörungen nach § 115 Abs. 2 S. 1 inhaltliche Stellungnahmen abzugeben. Zur Übermittlung der hierzu erforderlichen Daten an die Pflegeeinrichtung sind nach dem Wortlaut des § 115 Abs. 1 S. 1 der Medizinische Dienst oder der bestellte Sachverständige verpflichtet (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 20). Durch das PSG III vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) wurde vor dem Hintergrund von Betrugsfällen Abs. 1 Nr. 1 mWz 1.1.2017 um die Überwachung der Abrechnung ergänzt.
- 3 Durch das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (PSG II) vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) ist Abs. 1 mWz 1.1.2016 um **Nr. 1a** erweitert worden. Danach dürfen die Verbände der Pflegekassen personenbezogene Daten der Erbringer von Leistungen der Prävention,

von Leistungen der Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege erheben, verarbeiten und nutzen, um die Leistungs- und Preisvergleichslisten über das Angebot der Leistungserbringer erstellen, fortschreiben und in ihren Internet-Angeboten veröffentlichen zu können. Zur Gewährleistung des **Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes** ordnet die Norm an, dass die Datenverwendung nicht nur an die Aufgabenerfüllung nach dem genannten Katalog geknüpft ist, sondern dass diese auch erforderlich sein muss (jurisPK-SGB XI/Prange SGB Rn. 43).

Die Aufgabenvielfalt der Landesverbände steht einer abschließenden Enumeration der Erlaubnistatbestände im Bereich des Datenschutzes entgegen und erklärt die **allgemeine Bezugnahme** auf die nach § 52 zugewiesenen Aufgaben. Ihnen obliegen nicht nur die von §§ 73, 74, 79 und 112 ff. erfassten Aufgaben. Sie haben vielmehr darüber hinaus gem. § 52 Abs. 2 ua die in § 211 Abs. 2 Nr. 1–8 SGB V nur exemplarisch („insbesondere“) genannten Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegekassen durchzuführen (vgl. Hauck/Noftz/Engelhard SGB V § 211 Rn. 4 f.). Weiter haben sie die zuständigen Behörden nach § 211 Abs. 3 in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung zu unterstützen, Vereinbarungen über Pflegekurse (§ 45 Abs. 3) und Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung (§ 75 Abs. 1) abzuschließen sowie Vereinbarungen über die Ausleihe von Pflegehilfsmitteln (§ 78 Abs. 3 S. 1) zu treffen. Außerdem wirken sie bei der Pflegeberatung (§ 7a Abs. 4 S. 2 und S. 3), der Bildung der Schiedsstelle (§ 76 Abs. 1 S. 1) und der Errichtung von Pflegestützpunkten (§ 92c Abs. 1 S. 3) mit.

Das Sächsische LSG (SächsLSG 11.11.2021 – L 8 SO 39/21 B ER, BeckRS 2021, 37183 Rn. 50) leitet aus der Norm einen **Sicherstellungsauftrag** ab, der die Pflegekasse verpflichtet, Alternativen zur Deckung des Assistenzbedarfs durch Sachleistungen zu unterbreiten, wenn das bisherige Konzept des Mitarbeitereinsatzes gegen das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) verstößt.

Abs. 2 stellt klar, dass § 94 Abs. 2 und 3 auch für die Verbände der Pflegekasse gilt (→ § 94 Rn. 21 ff.; auch zur Frage des Ermessens → § 94 Rn. 6).

§ 96 Gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten

(1) ¹**Die Pflegekassen und die Krankenkassen dürfen erhobene personenbezogene Daten, die zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben jeder Stelle erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten.** ²**Insoweit findet § 76 des Zehnten Buches im Verhältnis zwischen der Pflegekasse und der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist (§ 46), keine Anwendung.**

(2) **§ 286 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen entsprechend.**

(3) **Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für die Verbände der Pflege- und Krankenkassen.**

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Allgemeines	2
III. Gemeinsame Datenverarbeitung	3
IV. Übersicht der gespeicherten Daten, entsprechende Geltung für Verbände der Pflegekassen und Krankenkassen (Abs. 2 und 3)	4

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Die ursprüngliche Fassung entsprach nur teilweise dem RegE (§ 105 RegE), vgl. Begr.

des RegE S. 151. Abs. 1 S. 1 hatte im RegE folgende Fassung: „Die Pflegekassen und die Krankenkassen dürfen personenbezogene Daten, die zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben beider Stellen erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten und nutzen“. Abs. 1 der Gesetz gewordenen Fassung bestimmte nahezu das Gegenteil; sie beruhte auf der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses (BT-Drs. 12/5920, 89); zur Begründung vgl. BT-Drs. 12/5952, 48. Durch Art. 1 Nr. 18 PQsG wurde Abs. 1 weitgehend entsprechend der Fassung des ursprünglichen RegE wieder hergestellt (krit. hierzu LPK-SGB XI/Krahmer Rn. 3), Abs. 2 und 3 wurden neu gefasst und der ursprüngliche Abs. 4 gestrichen. Zuletzt wurde die Vorschrift durch das **2. Datenschutzanpassungsgesetz** vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626) auch in der Überschrift an die DS-GVO terminologisch angepasst (BT-Drs. 19/4674, 404).

II. Allgemeines

- 2 Die Vorschrift regelt eine **datenschutzrechtliche Besonderheit der Pflegeversicherung**. Wegen der organisatorischen Anbindung der Pflegekassen an die Krankenkassen und wegen der weitgehend übereinstimmenden Datengrundlagen bei beiden Versicherungszweigen ist ein Austausch personenbezogener Daten zwischen ihnen unerlässlich. Der RegE (vgl. → Rn. 1) ließ in Abs. 1 S. 1 in vollem Umfange eine gemeinsame Datennutzung zu. Dies ist auf Veranlassung des AuS-Ausschusses auf einzelne Verwendungszwecke reduziert worden. Diese Regelung hat sich in der Praxis aber als zu kompliziert erwiesen; sie wurde deshalb im PQsG gegen die im RegE vorgesehene Regelung ausgetauscht. Die zuletzt erfolgte Änderung des Wortlautes durch das 2. Datenschutzanpassungsgesetz in der Überschrift und im Normtext ist der DS-GVO geschuldet. Das Begriffspaar „Verarbeitung und Nutzung“ sollte nach bisherigem Rechtsverständnis alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfassen. Die Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung iSd Art. 4 Nr. 2 DS-GVO bedeutet dennoch keine inhaltliche Änderung, da sich aus dem jetzt eindeutigen Wortlaut des § 96 Abs. 1 S. 1 ergibt, dass es sich nur um die Verarbeitung von Daten handelt, die von den Pflegekassen und den Krankenkassen bzw. von den Verbänden der Pflege- und Krankenkassen bereits erhoben wurden, weshalb die Vorschrift nicht zur Neuerhebung von Daten befugt (s. amtl. Begründung BT-Drs. 19/4674, 407; Rombey ZFSH/SGB 2023, 8 (20)).

III. Gemeinsame Datenverarbeitung

- 3 **Abs. 1** stellt klar, dass die gemeinsame Datenverarbeitung für die Pflegekassen und Krankenkassen insgesamt eröffnet ist, sofern dies in beiden Bereichen zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben erforderlich ist. Abs. 1 S. 2 stellt die nach § 46 Abs. 1 jeweils **verbundenen Kassen** zudem untereinander noch von den Beschränkungen des § 76 SGB X frei. Danach ist die Übermittlung von besonders sensiblen Sozialdaten an eine der in § 35 SGB I genannten Stellen, insbesondere aus dem Bereich der ärztlichen Behandlung, nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen etwa der behandelnde Arzt selbst übermittlungsbefugt wäre. Zu diesen **besonders schutzwürdigen Daten** zählen nach § 76 Abs. 1 SGB X solche, die von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Abs. 1 und 3 StGB genannten Person zugänglich gemacht worden sind. Da an den mit dem Eingriff verfolgten Zweck umso höhere Anforderungen zu stellen sind, je tiefer die in den Daten gespeicherten Informationen Auskunft über den privaten Bereich des Betroffenen geben und je intensiver die Daten genutzt werden sollen (zuletzt BVerfG 11.3.2008 – 1 BvR 2074/05, 1 BvR 1254/07, BVerfGE 120, 378 Rn. 162 = BeckRS 2008, 33081), unterliegen so genannte sensitive Daten über **Gesundheit** oder **Sexualleben** einem besonderen

Schutz (vgl. § 3 Abs. 9 BDSG aF sowie § 67 Abs. 12 SGB X aF; Mrozynski NZS 1996, 545 (547 ff.); Krauß MedSach 2011, 236 (239); s. nun Art. 9 Abs. 1 DS-GVO). **Praktische Bedeutung** hat die Norm hinsichtlich der Erhebung und Nutzung von Daten des behandelnden Arztes. Pflegekassen dürfen diese nur mit Einwilligung des Betroffenen erheben, insoweit existiert keine normative Übermittlungsbefugnis iSv § 100 Abs. 1 Nr. 1 SGB X. Dies sieht das SGB XI im Unterschied zum SGB V (§§ 274 ff., insbesondere § 294 SGB V) oder SGB VII (§ 201 SGB VII) nicht vor (vgl. § 18 Abs. 4). Befinden sich solche ärztlichen Daten aber befugt in Händen der Krankenversicherung, dürfen diese auch im Rahmen der üblichen Schranke der Verhältnismäßigkeit („erforderlich“) auch durch die Pflegekasse verarbeitet werden, sofern diese bei dieser Krankenkasse errichtet ist (§ 46). Die Norm gestattet ihrem Wortlaut nach nicht nur Pflegekassen Daten der Krankenversicherung, sondern auch **umgekehrt Krankenversicherungen Daten der Pflegekassen** zu verarbeiten. Davon geht auch das BVerfG aus (BVerfG 7.4.2022 – 1 BvL 3/18, NJW 2022, 2169 Rn. 327). Hiergegen kann zwar grundsätzlich die systematische Stellung der Norm im SGB XI eingewandt werden, jedoch hätte der Gesetzgeber dann zugleich einen eindeutigeren Wortlaut wählen müssen, der diese Rechtsfolge ausschließt. Krahmer (LPK-SGB XI Rn. 7) äußert Bedenken gegenüber der **verfassungsrechtlichen Zulässigkeit** (informationelles Selbstbestimmungsrecht) der dem Wortlaut von S. 2 nach uferlosen Freizeichnung (hierzu auch Krahmer/Stähler NZS 2003, 193). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch die besondere Stellung, die § 35 SGB I über § 37 S. 2 SGB I im gesamten SGB hat. Dass der Gesetzgeber die Freizeichnung unter verbundenen Krankenkassen und Pflegekassen andererseits aber ganz bewusst vorgenommen hat, wird aus der Tatsache deutlich, dass er gerade den früheren Abs. 2 gänzlich gestrichen hat, der anordnete, „§ 76 SGB X bleibt unberührt“. Zu beachten ist, dass die Übermittlung des Gutachtens des MD über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung des Versicherten zu einer Pflegestufe als Voraussetzung für die Gewährung von Sozialleistungen nach § 76 Abs. 2 SGB X vom Übermittlungsverbot ohnehin ausgenommen ist.

IV. Übersicht der gespeicherten Daten, entsprechende Geltung für Verbände der Pflegekassen und Krankenkassen (Abs. 2 und 3)

Nach § 286 SGB V erstellen die Krankenkassen einmal jährlich eine Übersicht 4 über die Art der von ihnen oder in ihrem Auftrag gespeicherten personenbezogenen Daten; die Übersicht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Sinn und Zweck ist es ua, den Aufsichtsbehörden (vgl. § 46 Abs. 6) die Möglichkeit zu verschaffen, den Umfang der Datenspeicherung zu überprüfen und ggf. eingreifend tätig zu werden (vgl. § 286 Abs. 1 S. 2 SGB V). Die Veröffentlichungspflicht (vgl. Abs. 2 iVm § 286 Abs. 2 SGB V) ermöglicht den Versicherten einen Überblick darüber, welche Sozialdaten generell bei den Pflegekassen gespeichert werden (jurisPK-SGB XI/Prange SGB Rn. 34). Festzuhalten ist nur die „**Art**“ der **gespeicherten Sozialdaten**; weshalb die Übersicht keine Einzelheiten bezüglich der gespeicherten Daten enthalten darf, sondern lediglich die Struktur der gespeicherten Daten offenlegt, also dass Daten als solche zur Person oder Daten zur Mitgliedschaft etc gespeichert sind, nicht allerdings welche Daten dies im Einzelfall sind. (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 33).

Abs. 3 stellt klar, dass die Abs. 1 und 2 auch für die gemeinsame Verarbeitung 5 personenbezogener Daten sowie für die Datenübersichten bei den Verbänden der Pflegekassen und Krankenkassen gelten.

§ 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst

(1) ¹Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18 bis 18c, 38a, 40, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 erforderlich ist. ²Nach Satz 1 erhobene Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

(2) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die er für die Aufgabenerfüllung nach dem Fünften oder Elften Buch verarbeitet, auch für die Aufgaben des jeweils anderen Buches verarbeiten, wenn ohne die vorhandenen Daten diese Aufgaben nicht ordnungsgemäß erfüllt werden können.

(3) ¹Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. ²§ 96 Abs. 2, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend. ³Der Medizinische Dienst hat Sozialdaten zur Identifikation des Versicherten getrennt von den medizinischen Sozialdaten des Versicherten zu speichern. ⁴Durch technische und organisatorische Maßnahmen sind sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. ⁵Der Schlüssel für die Zusammenführung der Daten ist vom Beauftragten für den Datenschutz des Medizinischen Dienstes aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. ⁶Jede Zusammenführung ist zu protokollieren.

(4) Für das Akteneinsichtsrecht des Versicherten gilt § 25 des Zehnten Buches entsprechend.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften	2
III. Löschung von Daten	8
IV. Akteneinsichtsrecht	10

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 106 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 152. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurde in Abs. 1 die Bezugnahme auf die §§ 18, 40 und 80 eingefügt; Abs. 3 S. 2 wurde redaktionell angepasst (BT-Drs. 12/5920, 89 f.). Durch Art. 1 Nr. 19 PQsG wurden in Abs. 1 die in Bezug genommenen Vorschriften ergänzt. Durch Art. 7 GMG wurde Abs. 3 S. 3 neu gefasst und die S. 4–6 angefügt. Abs. 1 wurde durch das PflegeWEG redaktionell geändert. Durch das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (PSG II) vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) ist Abs. 1 S. 1 mit Wirkung zum 1.1.2016 geändert worden. Die Vorschrift wurde durch das 2. Datenschutzanpassungsgesetz vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626) an die DS-GVO terminologisch angepasst (BT-Drs. 19/4674, 407). Zuletzt wurde die Norm durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWz 1.10.2023 geändert.

II. Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften

Die Vorschrift verpflichtet in **Abs. 1** und **Abs. 2** auch den MD zur Beachtung 2 der datenschutzrechtlichen Vorschriften. Eine Freistellung erfolgt lediglich hinsichtlich der konkret bezeichneten Prüfungs-, Beratungs- und Gutachteraufgaben des MD für die Zwecke der Pflegeversicherung. § 18 und die neuen durch das PUEG vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) zum 1.10.2023 eingeführten §§ 18a–18c, auf die verwiesen wird, betreffen die Mitwirkung des MD im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, § 40 die Beratungs- und Prüfungspflichten des MD bei der Gewährung von Pflegehilfsmitteln, technischen Hilfen und der Verbesserung des Wohnumfeldes; §§ 112–117 betreffen die Mitwirkung des MD bei der Qualitätssicherung und -prüfung. Abs. 2 lässt eine gemeinsame Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten für Aufgaben aus dem Bereich der GKV und der Pflegeversicherung zu. Zur eigenständigen, von den Krankenkassen unabhängigen Entscheidungskompetenz des MD in Fragen des Datenschutzes vgl. Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 12 ff. Zur entsprechenden Regelung für unabhängige Gutachter, die nach § 18 idF des PNG von den Pflegekasse beauftragt werden können vgl. § 97d. Im Übrigen ist der MD keine datenschutzrechtliche „Kompetenzeinheit“, sondern mitarbeiterbezogen differenziert zu betrachten (LAG Düsseldorf 11.3.2020 – 12 Sa 186/19, NZA-RR 2020, 348, BeckRS 2020, 9941 Rn. 147; Krauskopf/Pewestorf, 09/2019, Rn. 32). Dies dürfte sich inzwischen auch aus dem Grundsatz des Privacy by Default ergeben (→ Vor §§ 93–109 Rn. 20).

Durch das PSG II vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) ist **Abs. 1 S. 1** mit Wirkung 3 zum 1.1.2016 als Folgeänderung zur Einführung des § 38a Abs. 1 S. 2 geändert worden. Durch das 2. Datenschutzanpassungsgesetz wurde zuletzt die bisherige Begriffstrias der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung lediglich redaktionell an die Begriffsbestimmung des Art. 4 Nr. 2 DS-GVO angepasst (BT-Drs. 19/4674, 407). Der MD wird dadurch ermächtigt, personenbezogene Daten im Rahmen der **Prüfung nach § 38a Abs. 1 S. 2** zu verarbeiten. Gleiches gilt für den gegenüber der Pflegekasse zu erbringenden Nachweis (BT-Drs. 18/5926, 97; jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 27.1). Gegenüber der Prüfung der Erforderlichkeit im Rahmen der Datenverarbeitung der Pflegekassen und ihrer Verbände (vgl. die §§ 94 Abs. 1, 95 Abs. 1, 96 Abs. 1 S. 1) kommt der Prüfung der Erforderlichkeit im Rahmen des Abs. 1 S. 1 eine noch bedeutendere Rolle zu. Dies, weil im Rahmen der Datenverarbeitung beim Medizinischen Dienst regelmäßig besonders sensible Daten verarbeitet werden. Deshalb verlangt **§ 18 Abs. 4** als zusätzliche Voraussetzung für die Datenverarbeitung für die Einbeziehung der behandelnden Ärzte des Versicherten in die Begutachtung sowie die Einholung (relevanter) ärztlicher Auskünfte und Unterlagen über Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit in Grund und Umfang die **Einwilligung des Versicherten**. Auch für die Befragung von pflegenden Angehörigen oder sonstigen Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, ist das Einverständnis des Versicherten erforderlich (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 42).

S. 2 ordnet an, dass die Daten für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt 4 werden dürfen, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist, was der Regelung in § 67c SGB X entspricht (zur **Zweckänderungsproblematik** → § 93 Rn. 29). Die durch das 2. Datenschutzanpassungsgesetz eingeführte Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung iSd Art. 4 Nr. 2 DS-GVO bedeutet dennoch keine inhaltliche Änderung, da sich aus dem nunmehr eindeutigen Wortlaut des Abs. 1 S. 2 ergibt, dass es sich nur um die Verarbeitung von Daten handelt, die vom Medizinischen Dienst bereits erhoben wurden. Die Datenerhebungsbefugnis ergibt sich aus Abs. 1 S. 1. Nur auf diese nach Abs. 1 S. 1 erhobenen Daten bezieht sich die Verarbeitungsbefugnis. Eine Ermächtigung zur

Erhebung weiterer Daten wird durch die Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung für den Medizinischen Dienst nicht geschaffen (amtl. Begründung, BT-Drs. 19/4674, 407f.).

- 5 **Abs. 2** regelt wie § 96 Abs. 1 die zweckändernde Verarbeitung von Daten, die der MD zur Aufgabenerfüllung nach dem SGB V erhoben hat, auch für die Aufgabenerfüllung nach dem SGB XI und vice versa. Auch hier bedeutet die eingeführte Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung iSd Art. 4 Nr. 2 DS-GVO **keine inhaltliche Änderung**, da sich aus dem jetzt eindeutigen Wortlaut des Abs. 2 ergibt, dass es sich nur um die Verarbeitung von Daten handelt, die der MD bereits erhoben hat. Eine Ermächtigung zur Erhebung weiterer Daten für die Erfüllung von Aufgaben des jeweils anderen Buches wird durch die Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung für den Medizinischen Dienst nicht geschaffen (amtl. Begründung BT-Drs. 19/4674, 408).
- 6 Nach § 294 SGB V sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gem. den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen. Die Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenhäusern für die Zwecke der GKV ist zugelassen, soweit sie nach Maßgabe der Prüfaufträge von Krankenkasse und MD ua für die „Prüfung der Leistungspflicht und die Erbringung von Leistungen an Versicherte“ und für die „Beteiligung des Medizinischen Dienstes“ (vgl. § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 und 7 SGB V) erforderlich sind (BSG 16.5.2012 – B 3 KR 14/11 R = BSGE 111, 58, SozR 4–2500 § 109 Nr. 24, MedR 2013, 743, BeckRS 2012, 70588 Rn. 18; jurisPK-SGB X/Mutschler SGB X § 100 Rn. 28.1). Dies bedeutet, dass der MD, wenn er gem. §§ 275 ff. SGB V nach den dort genannten Voraussetzungen Daten beim behandelnden Arzt des Betroffenen oder im Krankenhaus erhoben hat, diese ebenso zur Aufgabenerfüllung nach SGB XI beim selben Versicherten verarbeiten darf, obwohl nach dem SGB XI eine derartige Datenerhebung nicht ohne Einwilligung zulässig ist (→ § 96 Rn. 3).
- 7 Auch hier stellt sich die Frage, ob die Norm trotz ihrer systematischen Stellung im SGB XI auch umgekehrt **Krankenversicherungen gestattet, Daten der Pflegekassen** zu verarbeiten und zu nutzen. Dies ist aufgrund des eindeutigen Wortlautes zu bejahen (→ § 96 Rn. 3).

III. Löschung von Daten

- 8 **Abs. 3** betrifft die Löschung von Daten (S. 1 und Verweisung auf § 107 Abs. 1 S. 2 und 3 und Abs. 2). Nach Abs. 3 S. 1 sind die personenbezogenen Daten nach fünf Jahren zu löschen. **Löschen** ist jede Form der Unkenntlichmachung, von der **physischen Vernichtung** bis hin zu den üblichen Hinweisen, die kennzeichnen, dass ein Text nicht mehr gelten soll (zB Schwärzen, Überschreiben usw). Der Text muss unlesbar geworden sein (vgl. Gola/Schomerus/Gola/Klug/Körffer BDSG § 3 Rn. 9.2). Bis dahin besteht aufgrund normativer Speicherbefugnis kein Löschungsanspruch nach Art. 17 DS-GVO.
- 9 Durch die Bezugnahme auf § 96 Abs. 3 S. 1 wird auch der MD zur Erstellung einer **Datenübersicht** verpflichtet; durch die Verweisung auf § 98 ist für den MD eine Aufbewahrung und Auswertung von Daten für Forschungsvorhaben zulässig. Durch die im GMG eingefügten S. 3–6 wird der MD verpflichtet, Sozialdaten zur Identifikation des Versicherten getrennt von den medizinischen Sozialdaten des Versicherten zu speichern. Darüber hinaus muss er durch technische und organisato-

rische Maßnahmen sicherstellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

IV. Akteneinsichtsrecht

Der in **Abs. 4** in Bezug genommene § 25 SGB X regelt das Akteneinsichtsrecht der Beteiligten. Für das Sozialverwaltungsverfahren wird das Recht auf Akteneinsicht in § 25 SGB X geregelt. Dort gilt das **Prinzip der Aktenöffentlichkeit**, in Abweichung zu der nur „beschränkten Aktenöffentlichkeit“ des allgemeinen Verwaltungsverfahrens gem. § 29 Abs. 2 VwVfG (BSG 30.11.1994 – 11 RA-R 89/94, SozR 3–1300 § 25 Nr. 3 = BeckRS 1995, 40085; Schütze/Siefert SGB X § 25 Rn. 4). Aus § 25 Abs. 2 SGB X ergibt sich, dass, soweit die Akten Angaben über gesundheitliche Verhältnisse eines Beteiligten enthalten, die Behörde den Inhalt der Akten dem Beteiligten durch einen Arzt vermitteln lassen kann. Sie soll den Inhalt der Akten durch einen Arzt vermitteln lassen, soweit zu befürchten ist, dass die Akteneinsicht dem Beteiligten einen unverhältnismäßigen Nachteil, insbesondere an der Gesundheit, zufügen würde. Zu Einzelheiten vgl. Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 39; LPK-SGB XI/Krahmer Rn. 10.

§ 97a Qualitätssicherung durch Sachverständige

(1) ¹Von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte sonstige Sachverständige (§ 114 Abs. 1 Satz 1) sind berechtigt, für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung Daten nach den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 zu verarbeiten; sie dürfen die Daten an die Pflegekassen und deren Verbände sowie an die in den §§ 112, 114, 114a, 115 und 117 genannten Stellen übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung dieser Stellen erforderlich ist. ²Die Daten sind vertraulich zu behandeln.

(2) § 107 gilt entsprechend.

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 20 PQsG mWv 1.1.2002 eingefügt. Zur Begründung vgl. BT-Drs. 14/5395. Die Norm wurde durch das PSG III vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) mit Wirkung zum 1.1.2017 geändert. Zuletzt wurde die Vorschrift durch das **2. Datenschutzanpassungsgesetz** vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626) an die DS-GVO terminologisch angepasst (BT-Drs. 19/4674, 408).

II. Ausweitung der §§ 93 ff.

Durch die Einbeziehung zusätzlicher Stellen in die Qualitätssicherung und -prüfung (§§ 112 ff.) wurde es erforderlich, auch diese Stellen den datenschutzrechtlichen Bestimmungen der §§ 93 ff. zu unterwerfen. Ohne datenschutzrechtliche Befugnis könnten die externen Sachverständigen ihre Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung und -prüfung nicht sachgerecht wahrnehmen. Sie sind im selben Maße wie die Pflegekassen und der MD zur Beachtung des Sozialdatenschutzes verpflichtet. Durch das PSG III vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) wurde Abs. 1 Nr. 1 S. 1 geändert und die Prüfinstitutionen mit Wirkung zum 1.1.2017 gestrichen. Diese finden sich nunmehr in der Regelung des § 97c. Durch das 2. Datenschutzanpassungsgesetz wurde zuletzt die bisherige Begriffstrias der Erhebung, Verarbeitung

und Nutzung lediglich redaktionell an die Begriffsbestimmung des Art. 4 Nr. 2 DS-GVO angepasst (BT-Drs. 19/4674, 408).

- 3 Die **Qualitätsprüfungen** erfolgen durch Kontrollen von Sachverständigen, im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen gem. § 114 Abs. 1 S. 1. Denkbar sind Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung (die nach § 114 Abs. 1 S. 2). Im Rahmen dieser Prüfung dürfen sie nach **Abs. 1 S. 1** Daten erheben, verarbeiten und nutzen (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 8). Eine analoge Anwendung des § 97a auf dort nicht genannte **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** durch bestellte Sachverständige scheitert an der fehlenden Bestimmtheit der Norm (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 5). Da personenbezogene Daten nach § 79 Abs. 1 S. 4 zu anonymisieren sind (vgl. § 67 Abs. 8), was nur so verstanden werden kann, dass diese Daten vor Befassung der Sachverständigen seitens der Pflegeeinrichtungen anonymisiert werden müssen, kann die analoge Anwendbarkeit dahinstehen (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 72; zur Frage der Anonymisierung ausführlich → Vor §§ 93–109 Rn. 25).
- 4 **Abs. 1 S. 1 Alt. 2** erlaubt die **Übermittlung** der Ergebnisse der nach § 114 Abs. 1 S. 1 oder Abs. 4 durchgeführten Qualitätsprüfungen und die dabei gewonnenen Daten an die Pflegekassen und deren Landesverbände. Diese darf nur erfolgen, soweit die Kenntnis der Daten zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und -prüfung dieser Stellen erforderlich ist. § 115 Abs. 1 S. 1 sieht vor, dass die von für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen erhobenen Daten den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Sozialhilfeträgern und bei stationärer Pflege zusätzlich den zuständigen Heimaufsichtsbehörden bzw. bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen sowie der Pflegeeinrichtung mitgeteilt werden dürfen. § 115 Abs. 1 S. 2 trifft die gleiche Regelung für die nach § 114 Abs. 4 erhobenen Daten (Hauck/Noftz/Luthe, 10/2022, Rn. 13).
- 5 Der in **Abs. 2** in Bezug genommene § 107 verpflichtet auch die externen Sachverständigen und Prüfstellen zur **Löschung von Daten** nach Ablauf der in § 107 bestimmten Fristen.

§ 97b Personenbezogene Daten bei den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe

Die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und die zuständigen Träger der Sozialhilfe sind berechtigt, die für Zwecke der Pflegeversicherung nach den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 erhobenen personenbezogenen Daten zu verarbeiten, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist; § 107 findet entsprechende Anwendung.

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 20 PQsG mWv 1.1.2002 eingefügt. Zur Begründung vgl. BT-Drs. 14/5395. Durch das PflegeWEG erfolgten redaktionelle Änderungen. Grundlegend geändert wurde der Wortlaut der Vorschrift durch Art. 2 Abs. 1 Nr. 3 des Gesetzes zur Neuordnung der zivilrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes nach der Föderalismusreform vom 29.7.2009, BGBl. I 2319. Zuletzt wurde die Vorschrift durch das **2. Datenschutzanpassungsgesetz** vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626) an die DS-GVO terminologisch angepasst (BT-Drs. 19/4674, 408).

II. Erlaubnis zur Nutzung personenbezogener Daten

Die Vorschrift erlaubt den jeweils zuständigen Heimaufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe, die im Rahmen der Qualitätssicherung und -prüfung (Verweis auf §§ 112 ff.) für Zwecke der Pflegeversicherung erhobenen personenbezogenen Daten zu verarbeiten, soweit dies für deren eigene Aufgaben erforderlich ist. Die Erforderlichkeit kann sich bei Heimaufsichtsbehörden etwa aus deren ordnungs- und gewerberechtlichen Pflichten gegenüber stationären Einrichtungen ergeben; bei Sozialhilfeträgern aus ihrer Verpflichtung, für eine menschenwürdige Versorgung der Hilfeempfänger Sorge zu tragen.

Das Begriffspaar „Verarbeitung und Nutzung“ sollte nach bisherigem Rechtsverständnis alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfassen. Die Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung iSd Art. 4 Nr. 2 DS-GVO bedeutet keine inhaltliche Änderung, da sich aus dem Regelungskontext der §§ 112 ff. ergibt, dass es sich nur um die Verarbeitung von an die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und die zuständigen Träger der Sozialhilfe **bereits übermittelten personenbezogenen Daten** handelt. So haben die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen nach § 115 Abs. 1 S. 1 den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe im Rahmen ihrer Zuständigkeit das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben mitzuteilen. Weitere Ermächtigungsgrundlagen zur Übermittlung von Daten an die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden finden sich auch in § 117 Abs. 3 und 4. Nur auf diese übermittelten Daten bezieht sich iSd der sog. Doppeltür-Theorie die im weiten Begriff der Verarbeitung iSd Art. 4 Nr. 2 DS-GVO enthaltene Erhebungsbefugnis. Weitergehende Erhebungsbefugnisse werden für die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und die zuständigen Träger der Sozialhilfe durch die Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung nicht geschaffen (amtl. Begr., BT-Drs. 19/4674, 408).

Die Landesverbände der Pflegekassen und der MD sind gem. § 117 Abs. 3 S. 1 berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der nach heimrechtlichen Vorschriften **zuständigen Aufsichtsbehörde** die ihnen nach dem SGB XI zugänglichen Daten über die Pflegeheime, insbesondere über die Belegung der Pflegeplätze, über die **personelle und sächliche Ausstattung** sowie über die **Leistungen und Vergütungen der Pflegeheime** mitzuteilen. Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeheimen sind vom MD oder von den Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen durchführen, nach § 117 Abs. 4 der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Durchführung des Heimgesetzes erforderlich sind. Der **Sozialhilfeträger** erhält personenbezogene Daten, wenn er sich gem. § 114a Abs. 4 S. 1 an der örtlichen Prüfung einer Pflegeeinrichtung beteiligt oder nach § 115 Abs. 1 S. 1 über das Ergebnis der Prüfung einer Pflegeeinrichtung unterrichtet wird (Hauck/Noftz/Didong, 08/2013, Rn. 4).

Gemäß § 117 Abs. 3 S. 2 sind personenbezogene Daten vor der Übermittlung an die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde zu **anonymisieren**, weil diese zur Erfüllung der ihr nach dem HeimG obliegenden Aufgaben nicht auf die Kenntnis individueller personenbezogener Daten angewiesen ist (Hauck/Noftz/Didong, 08/2013, Rn. 5).

Zum Verweis auf § 107 → § 97a Rn. 5.

§ 97c Qualitätssicherung durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

¹Bei Wahrnehmung der Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung im Sinne dieses Buches durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. gilt der Prüfdienst als Stelle im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 1 des Ersten Buches. ²Die §§ 97 und 97a gelten entsprechend.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Datenschutzrechtliche Vorschriften und Befugnisse	3

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.7.2011 (BGBl. I 1622) mWv 4.8.2011 eingeführt worden.

II. Normzweck

- 2 Nach § 114 Abs. 1 S. 1 wird der Prüfdienst des PKV-Verbandes, die Careproof GmbH, von den Landesverbänden der Pflegekassen mit der **Durchführung der Qualitätsprüfungen** im Umfang von 10 % der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge beauftragt. Dies gilt seit dem 4.8.2011 aufgrund des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.7.2011 (BGBl. I 1622). Das Nähere zu den Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst regeln die einschlägigen Vorschriften des SGB XI und Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem PKV-Verband. § 97c gibt dem Prüfdienst die für die Aufgaben der Qualitätssicherung und -prüfung erforderlichen **datenschutzrechtlichen Befugnisse**, um ihn handlungsfähig zu machen.

III. Datenschutzrechtliche Vorschriften und Befugnisse

- 3 S. 1 stellt in Bezug auf die Wahrnehmung der Aufgaben der Qualitätssicherung und -prüfung klar, dass der Prüfdienst als Stelle iSv § 35 Abs. 1 S. 1 SGB I gilt. Damit unterliegt er hinsichtlich des Datenschutzes dem **Sozialgeheimnis**. S. 2 der Vorschrift erklärt §§ 97 und 97a für entsprechend anwendbar. § 97 regelt die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten, sowie die Speicherung, Löschung und den Zugang zu den Sozialdaten durch den MD im Rahmen seiner Aufgaben (→ § 97 Rn. 1 ff.). Diese Befugnisse stehen auch dem Prüfdienst des PKV-Verbandes zu, sofern er seine Aufgaben der Qualitätssicherung und -prüfung nach den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 wahrnimmt. Die entsprechende Anwendung des § 97a ergänzt die datenschutzrechtlichen Befugnisse insbesondere um die Zulässigkeit der Datenübermittlung an die Pflegekassen, deren Verbände und andere Stellen für die Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung (→ § 97a Rn. 1 ff.).

§ 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter

(1) ¹Von den Pflegekassen gemäß § 18 Absatz 1 Satz 1 beauftragte unabhängige Gutachter sind berechtigt, personenbezogene Daten des Antragstellers zu verarbeiten, soweit dies für die Zwecke der Begutachtung gemäß der §§ 18 bis 18c erforderlich ist. ²Die Daten sind vertraulich zu behandeln. ³Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Gutachter von den Pflegekassen nach § 18 Absatz 1 Satz 1 erteilten Auftrags benötigen.

(2) ¹Die unabhängigen Gutachter dürfen das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß den §§ 18 bis 18c an die sie beauftragende Pflegekasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekasse erforderlich ist; § 35 des Ersten Buches gilt entsprechend. ²Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nur den Personen zugänglich gemacht werden, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

(3) ¹Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. ²§ 107 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Struktur und Allgemeines	2
III. Datenverarbeitung (Abs. 1)	3
IV. Übermittlungsbefugnisse (Abs. 2)	5
V. Löschungspflicht (Abs. 3)	6

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 37 PNG (vom 23.10.2012, 1 BGBl. I 2246) mWv 30.10.2012. Abs. 1 S. 1 wurde terminologisch angepasst durch Art. 132 Nr. 16 2. DSAnpUG-EU (vom 20.11.2019, BGBl. I 1626) mWv 26.11.2019 und durch Art. 1 Nr. 34 lit. a PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv. 1.10.2023. Abs. 2 S. 1 wurde geändert durch Art. 1 Nr. 17g PSG III (vom 23.12.2016, BGBl. I 3191) mWv 1.1.2017 und durch Art. 1 Nr. 34 lit. b PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv. 1.10.2023. Abs. 2 S. 2 wurde geändert durch Art. 1 Nr. 17g PSG III (vom 23.12.2016, BGBl. I 3191) mWv 1.1.2017.

II. Struktur und Allgemeines

§ 97d regelt datenschutzrechtliche Fragestellungen bei der Begutachtung durch 2 unabhängige Gutachter. Die Norm steht in engem Zusammenhang mit §§ 18–18c, auf die mehrfach verwiesen wird, sowie mit § 53a. Abs. 1 legt datenschutzrechtliche Befugnisse des Gutachters bei Durchführung des Auftrages fest, Abs. 2 die Übermittlungsbefugnis für die Ergebnisse der Begutachtung an die beauftragende Pflegekasse. Abs. 3 betrifft die Lösungsfristen.

Nach dem Eintritt der unmittelbaren Wirkung der DS-GVO zum 25.5.2018 2a wird das Recht des Datenschutzes weitgehend von europäischem Recht geprägt.

Datenschutzrechtliche Regelungen wie § 97d sind aber weiterhin zulässig, da Art. 6 Abs. 2 und 3 DS-GVO nationale Regelungen zur Datenverarbeitung im Rahmen von Art. 6 Abs. 1 Buchst. c bzw. e DS-GVO erlaubt. Auch der erhöhte Schutz besonders sensibler Gesundheitsdaten durch Art. 9 DS-GVO steht einer Regelung wie § 97d nicht entgegen. Eine Vielzahl der bei einer Pflegebegutachtung erhobenen Daten sind besonders sensibel, allerdings lassen Art. 9 Abs. 2 lit. b und h DS-GVO Rechtsvorschriften zu, die diese Datenerhebungen erlauben. Die Fassung des § 97d musste daher trotz der grundlegenden Änderung im regulatorischen Umfeld bislang nur in geringem Maße angepasst werden.

III. Datenverarbeitung (Abs. 1)

- 3 Unabhängige Gutachter sind gem. Abs. 1 S. 1 grundsätzlich berechtigt, im Rahmen ihrer Auftragerstellung in dem erforderlichen Umfang **personenbezogene Daten** der zu begutachtenden Versicherten zu verarbeiten. Die Verwendung dieses Terminus (statt: Sozialdaten) ist auch nach der Europäisierung des Datenschutzrechts noch folgerichtig. Sozialdaten sind nach § 67 Abs. 2 S. 1 SGB X nur solche personenbezogenen Daten, die von Stellen gem. § 35 SGB I erhoben werden. Privatpersonen wie die unabhängigen Gutachter werden dort aber nicht benannt (vgl. jedoch den Verweis in Abs. 2 S. 1 Hs. 2). Der Begriff der Verarbeitung umfasst nach Art. 4 Nr. 2 VO (EU) 2016/679 auch die Erhebung und Nutzung. Diese zuvor in Abs. 1 S. 1 verwendeten drei Begrifflichkeiten (sog. Trias, vgl. BT-Drs. 19/4674, 409 Zu Nummer 16) folgte den früheren Vorgaben des SGB. Sie wurden gestrichen, um Auslegungskonflikte mit EU-Recht zu vermeiden (Bieresborn NZS 2017, 887 (890)). Die Verarbeitung schließt die Erhebung von Daten bei der Pflegekasse ein. Es hätte daher nahegelegen, auch umgekehrt den Pflegekassen in § 94 Nr. 4 die Datenweitergabe an die unabhängigen Gutachter zu gestatten.
- 4 Die Datenverarbeitung durch unabhängige Gutachter unterliegt dem Grunde nach der DS-GVO. Die unabhängigen Gutachter können je nach Fallgestaltung Verantwortliche der Datenverarbeitung nach Art. 4 Nr. 7 DS-GVO sein, so dass sie bei nicht von § 97d gedeckten Datennutzungen – anders als früher nach dem SGB X, vgl. → 5. Aufl. 2018, Rn. 4 – einer Schadensersatzhaftung gem. Art. 82 DS-GVO unterliegen können (zu den Voraussetzungen vgl. → Vor §§ 93–109 Rn. 89). Durch den Rechtsfolgenverweis in Abs. 2 S. 1 Hs. 2 gelten zusätzlich bzw. konkretisierend die Vorgaben des Sozialdatenschutzrechts von § 35 SGB I und §§ 67 ff. SGB X. Diese spezifischen nationalen Regelungen zum Schutz von Sozialdaten bleiben nach Art. 6 Abs. 2 und 3 DS-GVO möglich. Einer gesonderten Einwilligung der Versicherten in die Erhebung der besonders schutzbedürftigen Gesundheitsdaten im Rahmen der Begutachtung bedarf es nach § 67a Abs. 1 S. 2 SGB X nicht, was der Gesetzgeber von Art. 9 Abs. 2 lit. b und h DS-GVO gedeckt sah (BT-Drs. 18/12611, 102).

IV. Übermittlungsbefugnisse (Abs. 2)

- 5 Abs. 2 S. 1 befugt die unabhängigen Gutachter zur Weitergabe der Ergebnisse der Begutachtung und der Präventions- und Rehabilitationsempfehlung an die Pflegekassen. Dies hat mehr klarstellende Wirkung. Eine Verpflichtung zur **Übermittlung** der Gutachtenergebnisse sowie der Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen an die beauftragende Pflegekasse wird bereits durch § 18b Abs. 4 statuiert, wobei letztgenannte Vorschrift ab 1.12.2023 eine Übermittlung in „gesicherter elektronischer Form“ verlangt. Beide Vorschriften bilden die in § 67d Abs. 1 SGB X verlangte gesetzliche Übermittlungsbefugnis. Unklar ist die in S. 1 Hs. 2 ab „soweit“

geregelte Einschränkung, da der Gutachter regelmäßig nicht beurteilen kann, was die Pflegekassen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Die Gutachter haben gem. S. 2 sicherzustellen, dass die Prüfungsergebnisse bei der Pflegekasse ausschließlich **Befugten** zugänglich werden. Dies kann nach Sinn und Zweck nur gelten, bis das Gutachten in den Machtbereich der Pflegekasse gelangt ist.

V. Löschungspflicht (Abs. 3)

In Anlehnung an die Vorgabe für den Medizinischen Dienst in § 97 Abs. 3 S. 1 **6** sind die personenbezogenen Daten gem. Abs. 3 S. 1 nach fünf Jahren zu löschen. Der Verweis in S. 2 auf § 107 Abs. 1 S. 2 führt dazu, dass die Frist mit dem Ende des Geschäftsjahres des Gutachters beginnt, in dem die Gutachtenleistung gegenüber der Pflegekasse erbracht oder abgerechnet (maßgeblich ist die letzte der beiden Handlungen) wurde. Eine Löschung sollte nach Auffassung des Gesetzgebers aber schon **vor Ablauf von fünf Jahren möglich sein**, BT-Drs. 17/9369, 47 zu Nr. 38: „spätestens“. Die Festsetzung einer Löschrfrist kollidiert nicht mit dem „Recht auf Vergessenwerden“ in Art. 17 Abs. 1 DS-GVO, da dessen Anwendung nach Art. 17 Abs. 3 lit. b DS-GVO ausgeschlossen ist.

§ 98 Forschungsvorhaben

(1) **Die Pflegekassen dürfen mit der Erlaubnis der Aufsichtsbehörde die Datenbestände leistungserbringer- und fallbeziehbar für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Forschungsvorhaben selbst auswerten und zur Durchführung eines Forschungsvorhabens über die sich aus § 107 ergebenden Fristen hinaus aufbewahren.**

(2) **Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.**

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Datennutzung für Forschungszwecke (Abs. 1)	2
III. Anonymisierungspflicht (Abs. 2)	4

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie **1** hat unverändert die Fassung des RegE (§ 107 RegE), vgl. Begr. des RegE S. 152.

II. Datennutzung für Forschungszwecke (Abs. 1)

Die Vorschrift regelt die Nutzung rechtmäßig erhobener und gespeicherter Daten **2** für Forschungszwecke der Pflegeversicherung; sie entspricht § 287 SGB V. Sie ist nur mit **Erlaubnis der Aufsichtsbehörde** zulässig. Die Beteiligung der Aufsichtsbehörde soll sicherstellen, dass nur die für das Forschungsvorhaben erforderlichen Daten verwendet werden. Die Norm ist im engen Zusammenhang mit § 75 SGB X zu sehen, der die Datenübermittlung zu Zwecken der Forschung und Planung regelt.

Die **Forschungsvorhaben** der Pflegekasse iSv **Abs. 1** müssen auf die Gewinnung **3** neuer Erkenntnisse gerichtet sein, um zur Forschung zu zählen. Das Erkenntnisinteresse kann in Maßnahmen zur Pflegeoptimierung oder Daten zur Entstehung oder

Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bestehen. Die Forschungsvorhaben müssen zudem „zeitlich befristet und im Umfang begrenzt“ sein. Eine Beteiligung Dritter ist dadurch nicht ausgeschlossen (Hauck/Noftz/Didong, 06/2005, Rn. 4). Die Pflegekasse dürfen im Rahmen des § 98 ausschließlich auf **bereits vorhandene Daten** zurückgreifen (Hauck/Noftz/Luthe, 06/2023, Rn. 5). Alle Tätigkeiten der Pflegekassen iRd § 98 sind von der Erlaubnis der Aufsichtsbehörde abhängig. Diese muss im Sinne einer **Einwilligung** (§ 183 BGB) vor Beginn der Forschungsvorhaben und der Aufbewahrung erteilt sein. Eine nachträgliche Genehmigung iSd § 184 BGB reicht nicht aus (Hauck/Noftz/Didong, 06/2005, Rn. 8). Die nach § 46 Abs. 6 zuständigen Aufsichtsbehörden müssen über die Einzelheiten der geplanten Forschungsvorhaben hinreichend unterrichtet werden (Hauck/Noftz/Luthe, 06/2005, Rn. 12).

III. Anonymisierungspflicht (Abs. 2)

- 4 Nach **Abs. 2** sind personenbezogene Daten zu anonymisieren. Beim sog. **echten Anonymisierens** (vgl. § 67 Abs. 8 Alt. 1 SGB X aF), bei dem die Bestimmbarkeit der Person dauerhaft unmöglich gemacht wird, liegen jedenfalls keine Sozialdaten mehr vor (Stiernerling/Hartung CR 2012, 60 (63)). Das sog. **unechte Anonymisieren** (vgl. § 67 Abs. 8 Alt. 2 SGB X aF) ist normativ nicht mehr geregelt (ausführlich → Vor §§ 93–109 Rn. 25).

Zweiter Titel. Informationsgrundlagen der Pflegekassen

§ 99 Versichertenverzeichnis

¹Die Pflegekasse hat ein Versichertenverzeichnis zu führen. ²Sie hat in das Versichertenverzeichnis alle Angaben einzutragen, die zur Feststellung der Versicherungspflicht oder -berechtigung und des Anspruchs auf Familienversicherung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs erforderlich sind.

Übersicht	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Versichertenverzeichnis der Pflegekassen	2
III. Künftige Fassung (S. 3)	8

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 108 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 152. Durch Art. 15 Gesetz vom 28.3.2021 (Gesetz zur Einführung und Verwendung einer Identifikationsnummer in der öffentlichen Verwaltung und zur Änderung weiterer Gesetze (**Registermodernisierungsgesetz – RegMoG**), BGBl. 2021 I 591) wurde mWv dem Tag, an dem das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat im Bundesgesetzblatt jeweils bekannt gibt, dass die technischen Voraussetzungen für die Verarbeitung der Identifikationsnummer nach § 139b AO nach den jeweils geänderten Gesetzen vorliegen, S. 3 eingefügt, der lauten wird: „Darüber hinaus enthält das Versichertenverzeichnis die Identifikationsnummer nach dem Identifikationsnummerngesetz.“

II. Versichertenverzeichnis der Pflegekassen

Das von der Pflegekasse zu führende Versichertenverzeichnis, das wegen § 48 2 weitgehend mit demjenigen der angeschlossenen Krankenkasse übereinstimmt, muss die für die Beurteilung des Versicherungsverhältnisses, des Anspruchs auf Versicherungsleistungen und für die Bemessung und Einziehung der Beiträge notwendigen Angaben enthalten. Aus dem Verzeichnis müssen sich die Voraussetzungen des Anspruchs auf Familienversicherung (§ 25) ergeben. Darüber hinaus dient es der Registrierung der Mitglieder und Familienversicherten und vermeidet damit ständige Nachprüfungen bei der Abwicklung der Beitrags- und Leistungsbeziehungen. Die Speicherung der Daten in einem Versicherungsverzeichnis kann ein geringerer Eingriff sein als die sich wiederholende Neuerhebung (so Rombey ZFSH/SGB 2023, 8 (22) unter Hinweis auf die Gesetzesbegründung in BT-Drs. 12/5262, 152).

Welche Angaben **erforderlich** sind, ergibt sich aus dem jeweiligen Versicherungspflichttatbestand (vgl. §§ 20, 21) bzw. aus dem entsprechenden Weiterversicherungs- oder Beitrittstatbestand (§§ 26, 26a bzgl. der Versicherungsberechtigung) bzw. aus § 25 hinsichtlich des Anspruchs auf Familienversicherung unter jeweiliger Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 27).

Die zur **Bemessung und Einziehung der Beiträge** erforderlichen Angaben 4 ergeben sich aus den §§ 54 ff. Sie hängen davon ab, ob die Beitragsbemessung abhängig oder unabhängig vom Einkommen durchgeführt wird (vgl. § 57), ob Beitragsfreiheit besteht (§ 56) und wer die Beiträge trägt und sie zu zahlen hat (§§ 58–60). Insoweit sind auch Angaben über Dritte, zB den Arbeitgeber des versicherungspflichtig Beschäftigten in das Versichertenverzeichnis aufzunehmen sind (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 28).

Die **Beurteilung von Leistungsansprüchen** erfordert nicht nur die Kenntnis 5 von Namen und Anschrift der Versicherten, sondern auch alle in Betracht kommenden Voraussetzungen, Einschränkungen und Ausschlüsse von Leistungen (Hauck/Noftz/Luthe, 02/2023, Rn. 14).

Zur Feststellung der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung und 6 der Familienversicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung sind ua folgende Daten erforderlich:

- bei gegen Arbeitsentgelt beschäftigten Arbeitnehmern (§ 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 1) die Beschäftigung, der Arbeitgeber und die Entgeltzahlung,
- bei Beziehern von Vorruhestandsgeld (§ 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 iVm Abs. 2 S. 1) die Höhe des Vorruhestandsgeldes und der Versicherungsverlauf unmittelbar vor Leistungsbeginn,
- bei Leistungsempfängern nach dem SGB III (§ 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 2) die Art der bezogenen Leistung,
- bei behinderten Menschen (§ 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 und 8) die Werkstatt oder Einrichtung sowie Art und Umfang der Tätigkeit,
- bei Studenten das Alter und neben dem Studium auch das Fachsemester, von dem nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V iVm § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 9 die Versicherungspflicht abhängt (s. ausführlich Hauck/Noftz/Luthe Rn. 8).

Nach der Vereinbarung der Spitzenverbände für den Bereich der gesetzlichen 7 Krankenversicherung gem. § 110c SGB IV über die Grundsätze ordnungsgemäßer Aufbewahrung iSd § 110a SGB IV (Version: 4.0, Stand: 8.2.2022, Kapitel 4 S. 12) ist eine Aufbewahrungszeit von 30 Jahren für das Versichertenverzeichnis vorgesehen (SG Dresden 10.1.2020 – S 5 SF 387/19 DS, BeckRS 2020, 69 Rn. 19; vgl. krit. Anm. Schifferdecker NZS 2020, 200).

III. Künftige Fassung (S. 3)

8 S. 3 wird lauten:

„Darüber hinaus enthält das Versichertenverzeichnis die Identifikationsnummer nach dem Identifikationsnummerngesetz.“

und durch das Registermodernisierungsgesetz (RegMoG vom 28.3.2021, BGBl. I 591) mWv dem Tag an, an dem das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat im Bundesgesetzblatt jeweils bekannt gibt, dass die technischen Voraussetzungen für die Verarbeitung der Identifikationsnummer nach § 139b AO nach den jeweils geänderten Gesetzen vorliegen, gelten. Kern des Gesetzentwurfs ist das Stammgesetz zur Einführung und Verwendung einer **Identifikationsnummer** in der öffentlichen Verwaltung, mit welchem die Rechtsgrundlagen zur Einführung und Nutzung einer Identifikationsnummer in den Verwaltungsregistern geschaffen werden und welches die Aktualität, Qualität und Konsistenz der Daten einer natürlichen Person mit einem eindeutigen Identifikationsmerkmal sicherstellt (BR-Drs. 563/20, 66). Durch die vorgesehene Ergänzung des § 99 wird die Befugnis geschaffen, dass Pflegekassen auch die registerübergreifende Identifikationsnummer speichern dürfen (BR-Drs. 563/20, 93).

§ 100 Nachweispflicht bei Familienversicherung

Die Pflegekasse kann die für den Nachweis einer Familienversicherung (§ 25) erforderlichen Daten vom Angehörigen oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied erheben.

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 109 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 152.

II. Erhebung der Daten

- 2 Die Vorschrift ergänzt § 99 und entspricht § 289 S. 2 SGB V. Die Pflegekasse benötigt zur Klärung der Voraussetzungen einer **Familienversicherung** Angaben zu den Tatbestandsvoraussetzungen des § 25. Diese kann sie von dem Angehörigen erheben, um dessen Familienversicherung es geht, oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied. Eine Verpflichtung, den Fortbestand der Voraussetzungen der Familienversicherung auf Verlangen der Pflegekasse nachzuweisen, wie sie in § 289 S. 3 SGB V für die Krankenversicherung noch besonders geregelt ist, ist in § 100 nicht aufgenommen worden.
- 3 Die Datenerhebung muss **erforderlich** sein. Dies sind jedenfalls bei allen Angehörigen die in § 25 Abs. 1 S. 1 Nr. 1–5 und S. 2 aufgezählten Voraussetzungen. Hinzu kommen die Gründe für den Ausschluss einer Familienversicherung zB bei bestehender eigener Versicherungspflicht der Angehörigen (§ 25 Abs. 1 S. 1 Nr. 2), hauptberufliche selbständige Erwerbstätigkeiten und mehr als geringfügige Einkünfte (§ 25 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 und 5). Bei Kindern hängt die Familienversicherung nach § 25 Abs. 2 vom Alter, dem Ausbildungsweg, einer möglichen Behinderung und nach § 25 Abs. 3 von der Versicherung und den Einkünften des Ehegatten des Mitgliedes ab (→ § 25 Rn. 12). Wegen der häufig wechselnden Stadien der Ausbildung ist eine ständige Aktualisierung des Verzeichnisses erforderlich, wenn auch Kinder in der Ausbildung Leistungen der Pflegeversicherung erheblich seltener als ältere Versicherte in Anspruch nehmen dürften (Hauk/Noftz/Didong, 2/2023, Rn. 4).

„**Nachweis**“ verlangt die volle Überzeugungsbildung der Pflegekasse vom Vorliegen der Voraussetzungen; das bloße Glaubhaftmachen genügt nicht. In welcher Form die benötigten Daten erhoben werden sollen schreibt die Norm nicht vor. Diese müssen aber geeignet sein, die volle Überzeugungsbildung der Pflegekassen zu begründen. Es gelten mangels spezialgesetzlicher Regelung die allgemeinen Regeln des SGB X, hierzu insbesondere § 21 Abs. 2 SGB X (vgl. § 37 S. 1 Hs. 1 SGB I). Die Pflegekasse kann Auskünfte jeder Art einholen oder sich Urkunden vorlegen lassen (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 19).

Obwohl die Norm das Verb „kann“ enthält, eröffnet sie **kein Entschließungsmessen**, sondern es handelt sich um ein „Kompetenz-Kann“, welches bei Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen zur Datenerhebung zwecks Erstellung des Verzeichnisses nach § 99 verpflichtet ist (so auch Hauck/Noftz/Luthe Rn. 6).

Die **Angehörige betreffenden Angaben** dürfen nur mit **deren Zustimmung** bei dem Mitglied erhoben werden. Die Möglichkeit, ausnahmsweise eine Dritterhebung gem. § 67 Abs. 2 SGB X vorzunehmen, wird durch den Wortlaut des speziellen § 100 versperrt. Die Zustimmung kann vorher als Einwilligung (§ 183 BGB) erteilt oder aber nachträglich als Genehmigung (§ 184 BGB) erklärt werden (Hauck/Noftz/Luthe Rn. 7).

Zur Einwilligung → § 93 Rn. 18; Vor §§ 93–109 Rn. 47 ff.

§ 101 Pflegeversichertennummer

¹Die Pflegekasse verwendet für jeden Versicherten eine Versichertennummer, die mit der Krankenversichertennummer ganz oder teilweise übereinstimmen darf. ²Bei der Vergabe der Nummer für Versicherte nach § 25 ist sicherzustellen, daß der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann.

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 110 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 152 f.

II. Verwendung der Versichertennummer

§ 101 entspricht § 290 SGB V. Wie in der GKV dient die Verwendung einer Versichertennummer der **Erleichterung von Verwaltungsabläufen**; zugleich wird durch die Anonymisierung der Datenschutz verbessert. Wegen der organisatorischen Einheit von Krankenkasse und Pflegekasse (vgl. § 1 Abs. 3 iVm § 46) ist die Verwendung einer einheitlichen Versichertennummer in beiden Versicherungszweigen zulässig. Der Sachbearbeiter der Krankenkasse soll in der Lage sein, unter derselben Versichertennummer auf die Daten beider Versicherungsbereiche zugreifen zu können. Zugleich soll die Krankenkasse durch datentechnische Maßnahmen sicherstellen, dass entsprechend den Vorgaben des § 79 SGB X nur die Daten eines der beiden Versicherungszweige abgefragt werden können, soweit es sich nicht um einen Vorgang handelt, in dem die Daten beider Bereiche benötigt werden (RegE S. 152 zu § 110). Bei der Vergabe der Nummer für Familienversicherte (§ 25) ist zu beachten, dass sicherzustellen „ist“, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Hintergrund ist, dass der Bestand der Familienversicherung von der Versicherung des Stammversicherten abhängt und die Zuordnung der mitversicherten Angehörigen zum Mitglied ermöglicht werden soll (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 25).

- 3 Nicht geklärt ist, ob die **Versichertennummer iSd Norm** ein personenbezogenes Datum ist. In der gesetzlichen **Rentenversicherung** ist die Versicherungsnummer, die dort mit dem Geburtsdatum und der geschlechtsbezogenen Seriennummer Einzelfallangaben über persönliche Verhältnisse enthält, ein Sozialdatum (jurisPK-SGB VI/Paulus, 2. Aufl. 2013, SGB VI § 147 Rn. 20 mwN). Die anderslautende Rechtsprechung des BSG (BSG 13.10.1992 – 5 RJ 16/92, BSGE 71, 170, BSGE 71, 170 = SozR 3–5748 § 1 Nr. 1 = BeckRS 1992, 30405293; BSG 14.10.1992 – 5 RJ 24/92, FHArbSozR 39 Nr. 7532, SozVers 1993, 278; BSG 18.1.1995 – 5 RJ 20/94, SozR 3–2600 § 149 Nr. 3 = BeckRS 1995, 40633; BSG 14.9.1994 – 5 S (J) 4/94, BeckRS 1994, 12837), wurde inzwischen aufgegeben (BSG 19.11.1997 – 5 S (J) 8/97, BeckRS 1997, 31036885 Rn. 16; BSG 5.4.2001 – B 13 RJ 35/00 R, SozR 3–1200 § 33a Nr. 4 = BeckRS 2001, 41518). Die Nummern der **gesetzlichen Pflege- und Krankenversicherung** lassen indessen ohne Kenntnis ihrer Systematik und der wesentlichen Zuordnungsmerkmale allein keine Rückschlüsse auf die betroffenen Versicherten zu. Durch die Verknüpfung mit weiteren Daten oder Offenlegung der Zuordnungskriterien ermöglichen sie aber die Feststellung der betroffenen Versicherten und sind daher ebenfalls dann Sozialdaten (Hauck/Noftz/Luthe, 2/2023, Rn. 5 mwN, der zutreffend auch auf § 18f Abs. 1 S. 1 SGB IV hinweist, der nach § 1 Abs. 1 SGB IV ua für die Pflegeversicherung und die GKV gilt, und den Trägern der Sozialversicherung die Verwendung von Versicherungsnummern nur „zur personenbezogenen Zuordnung der Daten für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe nach diesem Gesetzbuch“ gestattet).
- 4 **S. 2** verlangt wie § 290 S. 2 SGB V die Vergabe von Versichertennummern, die den Bezug zu versicherten Familienangehörigen herstellen lassen. Versichertennummern, die diesen Anforderungen nicht genügen, sind unzulässig (Hauck/Noftz/Luthe Rn. 9). Bereits daraus ergibt sich im Zusammenhang mit § 67 Abs. 1 SGB X („bestimmbar macht“), dass es sich um ein Sozialdatum handelt.

§ 102 Angaben über Leistungsvoraussetzungen

¹Die Pflegekasse hat Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, zu speichern. ²Hierzu gehören insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen und zur Leistung von Zuschüssen.

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden und entsprach der Fassung des RegE (§ 111 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 153. Zuletzt wurde die Vorschrift durch das **2. Datenschutzanpassungsgesetz** vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626) an die DS-GVO terminologisch angepasst (BT-Drs. 19/4674, 409).

II. Aufzeichnung erhaltener Leistungen

- 2 § 102 entspricht § 292 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB V. § 99 bietet keine Grundlage, Angaben über Leistungsvoraussetzungen „vorsorglich“ im Hinblick auf mögliche spätere Leistungsfälle von der Löschung auszunehmen. Deshalb bedurfte es einer besonderen **Befugnisnorm**, um diese Daten zu **speichern** (Hauck/Noftz/Luthe, 2/2023, Rn. 4; Rombey ZFSH/SGB 2023, 8 (23)). Wie in der GKV sollen abgerechnete Leistungen, von denen der Anspruch auf spätere Leistungen abhängt, versichertenbezogen aufgezeichnet werden. In der Pflegeversicherung sind Aufzeichnungen von Leistungen, die der Versicherte erhalten hat, unerlässlich, um Überschreitungen der

begrenzten Leistungsrahmen und ungerechtfertigte Doppelleistungen zu vermeiden. Durch das **2. Datenschutzanpassungsgesetz** vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626) wurde das in der vorherigen Fassung verwendete inhaltsgleiche Wort „aufzuzeichnen“ durch „zu speichern“ ersetzt (BT-Drs. 19/4674, 409). Bei den Kombinationsleistungen nach §§ 38 und 41 Abs. 3 gehört dies zur laufenden Leistungsüberwachung. Über längere Zeiträume ist die Aufzeichnung vor allem bei den Leistungen von Bedeutung, die innerhalb eines Kalenderjahres bis zu einer Höchstgrenze zusätzlich zu anderen Leistungen beansprucht werden können, wie dies etwa bei Leistungen nach §§ 39 und 42 der Fall ist. Ungerechtfertigte Doppelleistungen können insbesondere bei Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen nach § 40 auftreten.

Die Pflicht zur **Löschung** der nach § 102 gespeicherten Daten ergibt sich aus Art. 17 DS-GVO und § 107 Abs. 1 S. 1 Nr. 1. Dies ist der Fall, wenn diese zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der verarbeitenden Stelle nicht mehr erforderlich sind und die Löschung voraussichtlich keine schutzwürdigen Interessen des Betroffenen beeinträchtigen wird, oder spätestens nach zehn Jahren (Hauck/Noftz/Luthe Rn. 9). Für die Fristberechnung ist das Ende des Leistungsjahres maßgebend (§ 107 Abs. 1 S. 2).

§ 103 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

(1) **Die Pflegekassen, die anderen Träger der Sozialversicherung und die Vertragspartner der Pflegekassen einschließlich deren Mitglieder verwenden im Schriftverkehr und für Abrechnungszwecke untereinander bundeseinheitliche Kennzeichen.**

(2) § 293 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 112 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 153.

II. Verwendung einheitlicher Kennzeichen

Die Norm dient der Erleichterung der Kommunikation und damit der **Verwaltungsvereinfachung und -beschleunigung** (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 19). **Abs. 1** entspricht § 293 Abs. 1 SGB V. Die Vorschrift verpflichtet neben den Pflegekassen auch deren Vertragspartner und alle anderen Sozialversicherungsträger zur Verwendung bundeseinheitlicher Kennzeichen sowohl im Schriftverkehr als auch bei Abrechnungen. Die Vereinbarung einheitlicher Kennzeichen für alle Träger der Sozialversicherung wird in § 213 Abs. 2 SGB V geregelt. Die Kennzeichenbenutzung ist zwingend und kann auch nicht durch eine Vereinbarung nach § 106 zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Leistungserbringern oder ihren Verbänden ausgeschlossen werden (Hauck/Noftz/Didong Rn. 4). Nach § 213 Abs. 3 SGB V kann bei fehlender Vereinbarung eine Rechtsverordnung ergehen. Schriftverkehr umfasst sämtliche Arten des Datenaustausches und nicht nur die Weitergabe von Daten durch beschriebenes oder bedrucktes Papier (Hauck/Noftz/Luthe, 2/2023, Rn. 6).

Abs. 2 normiert die entsprechende Geltung von § 293 Abs. 2 und 3 SGB V. Gemäß § 293 Abs. 2 SGB V vereinbaren die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach § 293 Abs. 1 S. 2 SGB V gemeinsam mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer einheitlich Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und ihre Verwendung. Eine solche Vereinbarung ist bereits mit dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger zur Einführung, Vergabe und Verwendung von Institutionskennzeichen (IK) vom 10.8.1979 zustande gekommen.

men (DOK 1979, 956). Die Alternative nach § 293 Abs. 3 SGB V, wonach das BMG im Einvernehmen mit dem BMAS nach Anhörung der Beteiligten das Nähere der Regelungen über Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und ihre Verwendung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmen kann, war daher nicht anzuwenden (jurisPK-SGB XI/Prange SGB Rn. 45). Die vorbehaltlose Verweisung auf § 293 Abs. 3 SGB V und die sonstige Zuständigkeit des BMG im Bereich der Pflegeversicherung sprechen dafür, dass diese Bestimmung insgesamt und damit auch hinsichtlich der Zuständigkeit in den Bereich der Pflegeversicherung übernommen werden soll (Hauck/Nofz/Luthe Rn. 10).

Zweiter Abschnitt. Übermittlung von Leistungsdaten, Nutzung der Telematikinfrastruktur

§ 104 Pflichten der Leistungserbringer

(1) Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet:

1. im Falle der Überprüfung der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln (§ 40 Abs. 1),
2. im Falle eines Prüfverfahrens, soweit die Wirtschaftlichkeit oder die Qualität der Leistungen im Einzelfall zu beurteilen sind (§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),
- 2a. im Falle des Abschlusses und der Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),
3. im Falle der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105) die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände erforderlichen Angaben zu speichern und den Pflegekassen sowie den Verbänden oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.

(2) Soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 2 und 2a genannten Zwecke erforderlich ist, sind die Leistungserbringer berechtigt, die personenbezogenen Daten auch an die Medizinischen Dienste und die in den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 genannten Stellen zu übermitteln.

(3) Trägervereinigungen dürfen die ihnen nach Absatz 2 oder § 115 Absatz 1 Satz 2 übermittelten personenbezogenen Daten verarbeiten, soweit dies für ihre Beteiligung an Qualitätsprüfungen oder Maßnahmen der Qualitätssicherung nach diesem Buch erforderlich ist.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Umfang der Aufzeichnungs- und Übermittlungspflichten	2
III. Datenübermittlung an Dritte, Datenverarbeitung und -nutzung durch Dritte	8

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 113 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 153.

Durch Art. 1 Nr. 21 PQsG wurden in Abs. 1 die Nr. 2 neu gefasst und Nr. 2a eingefügt; zugleich wurden die Abs. 2 und 3 angefügt. Durch Art. 1 Nr. 63 Pflege-WEG wurden Abs. 1 Nr. 2 und 2a sowie Abs. 2 geändert. Zuletzt wurde die Vorschrift durch das **2. Datenschutzanpassungsgesetz** vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626) an die DS-GVO terminologisch angepasst (BT-Drs. 19/4674, 407).

II. Umfang der Aufzeichnungs- und Übermittlungspflichten

§ 104 entspricht § 294 SGB V und dient als Befugnisnorm für Leistungserbringer, 2 bestimmte Daten zu speichern sowie an Pflegekassen und deren Verbände zu übermitteln (Rombey ZFSH/SGB 2023, 8 (23)). Während im SGB V die Aufzeichnungs- und Übermittlungspflichten der einzelnen **Leistungserbringergruppen** in gesonderten Vorschriften normiert sind (§§ 295–302 SGB V), werden sie in § 104 in den Nr. 1–3 abschließend aufgeführt. Der jeweilige Umfang der Aufzeichnungspflicht ergibt sich aus den in den Nr. 1–3 in Bezug genommenen Vorschriften. Die Normierung von Übermittlungsbefugnissen geht auf das vom BVerfG entwickelte Recht auf informationelle Selbstbestimmung zurück (BVerfG 15.12.1983 – 1 BvR 209/83, 1 BvR 269/83, 1 BvR 362/83, 1 BvR 420/83, 1 BvR 440/83, 1 BvR 484/83, BVerfGE 65, 1 = NJW 1984, 419). § 104 ist eine notwendige Ergänzung der Befugnisse der Pflegekassen und ihrer Verbände sowie des MD und der im Rahmen von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen tätig werdenden Sachverständigen und Prüfstellen zur Datenverwendung (Hauck/Noftz/Didong, 8/2009, Rn. 2).

Abs. 1 dient dazu, die notwendigen Informationsgrundlagen für die Aufgabenerfüllung der Pflegekassen und ihrer Verbände sicherzustellen (Krauskopf/Schneider Rn. 2). 3

§ 104 Abs. 1 und Abs. 2 sind **Datenübermittlungsbefugnisnormen**, die als notwendige Ergänzung zu den datenschutzrechtlichen Befugnissen der Pflegekassen, ihrer Verbände und der Medizinischen Dienste (vgl. die §§ 94, 95, 97) fungieren, die an einer Aufgabenerfüllung gehindert wären, wenn ihnen die Leistungserbringer nicht die entsprechenden benötigten Daten übermitteln würden (jurisPK-SGB XI/Prange SGB Rn. 43). §§ 95, 97 sowie §§ 97a, 97b und 97c berechtigen nur die dort genannten Institutionen, Sachverständigen und Prüfstellen zur Datenverwendung und setzen zwingend voraus, dass die Leistungserbringer zur Übermittlung dieser Daten an die prüfenden Stellen berechtigt sind. Diese Befugnis und die entsprechende Pflicht ergeben sich für die Leistungserbringer aus § 104 (Hauck/Noftz/Didong, 8/2009, Rn. 2). Als spezielle Norm durchbricht § 104 die **berufsrechtliche und datenschutzrechtliche Schweigepflicht der Leistungserbringer** (Hauck/Noftz/Didong, 8/2009, Rn. 3). 4

Erhoben werden dürfen nur erforderliche Daten, also diejenigen, die zur Aufgabenerfüllung zwingend benötigt werden (vgl. Siefarth PKR 2014, 17). 5

Leistungserbringer sind nach der Definition in § 103 Abs. 1 die „Vertragspartner der Pflegekassen einschließlich deren Mitglieder“. Hierzu zählen neben den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen iSd § 71 auch die Lieferanten der Pflegehilfsmittel, § 40 Abs. 1–3 (Hauck/Noftz/Didong, 8/2009, Rn. 6). 6

Durch das **2. Datenschutzanpassungsgesetz** vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626) wurde das in der vorherigen Fassung verwendete inhaltsgleiche Wort „aufzuzeichnen“ durch „zu speichern“ ersetzt (BT-Drs. 19/4674, 409). Die **Speicherungs- und Übermittlungspflicht** ist nicht auf den Leistungserbringer, der das Hilfsmittel erbracht hat, beschränkt, sondern erfasst beispielsweise auch die **Pflegeeinrichtung**, die den täglichen Umgang des Versicherten mit dem Pflegehilfsmittel, dessen gesundheitliche Beeinträchtigungen und somit die Notwendigkeit der Versorgung ebenfalls beobachten kann (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 37). 7

III. Datenübermittlung an Dritte, Datenverarbeitung und -nutzung durch Dritte

- 8 **Übermittlungsempfänger** nach **Abs. 1** sind die Pflegekassen (vgl. die §§ 1 Abs. 3, 46), ihre Verbände (§§ 52, 53) sowie die mit der Datenverarbeitung beauftragten (§ 80 SGB X) Stellen. Keine Übermittlungsempfänger sind Inkassounternehmen (vgl. dazu LG Mainz 31.5.2013 – 4 O 113/12, juris Rn. 34, BeckRS 2014, 07473). Nach Auffassung des LG Mainz ist eine Erhebung bzw. Übermittlung von Daten gem. den besonderen Vorschriften zum Sozialdatenschutz nur in ganz bestimmten, eng normierten und gesetzlich geregelten Ausnahmefällen zulässig, was bei der Abtretung an ein **Inkassounternehmen** nicht der Fall sei.
- 9 **Abs. 2** erlaubt auch die Datenübermittlung vom Leistungserbringer zum MD, soweit dies für Zwecke der Qualitätsprüfung und -sicherung erforderlich ist.
- 10 **Abs. 3** stellt sicher, dass auch **Trägervereinigungen** personenbezogene Daten verarbeiten dürfen, soweit dies für ihre Beteiligung an Qualitätsprüfungen oder Maßnahmen der Qualitätssicherung nach diesem Buch erforderlich ist, weil auch die Trägervereinigung der Pflegeeinrichtung anzuhören ist (§ 115 Abs. 2 S. 1; BT-Drs. 14/5395, 39). Durch das 2. Datenschutzanpassungsgesetz vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626) wurde der Absatz neu gefasst und terminologisch an die DS-GVO angepasst. Das bisher verwendete Begriffspaar „verarbeiten und nutzen“ sollte nach bisherigem Rechtsverständnis alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfassen. Die Verwendung des weiten Begriffs des Verarbeitens iSd Art. 4 Nr. 2 DS-GVO bedeutet keine inhaltliche Änderung, da sich aus dem jetzt eindeutigen Wortlaut des Abs. 3 ergibt, dass es sich nur um die Verarbeitung von an die Trägervereinigungen bereits übermittelte Daten handelt. Die Daten werden den Trägervereinigungen von den Leistungserbringern gem. Abs. 4 oder von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 115 Abs. 1 S. 2 übermittelt. Nur auf diese Daten bezieht sich im Sinne der sog. Doppeltür-Theorie die im weiten Begriff der Verarbeitung iSd Art. 4 Nr. 2 DS-GVO enthaltene Erhebungsbefugnis. Weitergehende Erhebungsbefugnisse werden durch die Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung für die Trägervereinigungen nicht geschaffen (BT-Drs. 19/4674, 409).

§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen

(1) ¹Die an der Pflegeversorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet,

1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen,
2. in den Abrechnungsunterlagen ihr Kennzeichen (§ 103), spätestens ab dem 1. Januar 2023 die Beschäftigtennummer nach § 293 Absatz 8 Satz 2 des Fünften Buches der Person, die die Leistung erbracht hat, sowie die Versichertennummer des Pflegebedürftigen anzugeben,
3. bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 78 zu verwenden.

²Vom 1. Januar 1996 an sind maschinenlesbare Abrechnungsunterlagen zu verwenden.

(2) ¹Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenträgereustausches werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegt. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Verbände der Leistungserbringer legen bis zum 1. Januar 2018 die Einzelheiten für eine elektronische Datenübertragung aller Angaben und Nach-

weise fest, die für die Abrechnung pflegerischer Leistungen in der Form elektronischer Dokumente erforderlich sind.³ Kommt eine Festlegung nach Satz 1 oder Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt für Abrechnungen von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 sowie von häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches durch die Schiedsstelle nach § 132a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches auf Antrag des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen oder der Verbände der Leistungserbringer bestimmt.⁴ Die Schiedsstelle kann auch vom Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden.⁵ Sie bestimmt den Inhalt der Festlegung innerhalb von drei Monaten ab der Anrufung.⁶ Die Regelungen der Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 6 des Fünften Buches sind bei der Bestimmung durch die Schiedsstelle zu berücksichtigen.⁷ Für die elektronische Datenübertragung elektronischer Dokumente ist neben der qualifizierten elektronischen Signatur auch ein anderes sicheres Verfahren vorzusehen, das den Absender der Daten authentifiziert und die Integrität des elektronisch übermittelten Datensatzes gewährleistet.⁸ Zur Authentifizierung des Absenders der Daten können auch der elektronische Heilberufs- oder Berufsausweis nach § 339 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches, die elektronische Gesundheitskarte nach § 291 des Fünften Buches sowie der elektronische Identitätsnachweis des Personalausweises genutzt werden; die zur Authentifizierung des Absenders der Daten erforderlichen Daten dürfen zusammen mit den übrigen übermittelten Daten gespeichert und verwendet werden.⁹ § 302 Absatz 2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3)¹ Im Rahmen der Abrechnung pflegerischer Leistungen nach § 105 sind vorbehaltlich des Satzes 2 von den Pflegekassen und den Leistungserbringern ab dem 1. März 2021 ausschließlich elektronische Verfahren zur Übermittlung von Abrechnungsunterlagen einschließlich des Leistungsnachweises zu nutzen, wenn der Leistungserbringer

1. an die Telematikinfrastruktur angebunden ist,
2. ein von der Gesellschaft für Telematik nach § 311 Absatz 6 des Fünften Buches festgelegtes Verfahren zur Übermittlung der Daten nutzt und
3. der Pflegekasse die für die elektronische Übermittlung von Abrechnungsunterlagen erforderlichen Angaben übermittelt hat.

² Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nach Ablauf von drei Monaten, nachdem der Leistungserbringer die für die elektronische Übermittlung von Abrechnungsunterlagen erforderlichen Angaben an die Pflegekasse übermittelt hat.

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 114 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 153. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurde in Abs. 1 das Wort „maschinenlesbar“ gestrichen und S. 2 eingefügt; außerdem wurden Änderungen in Abs. 2 vorgenommen (BT-Drs. 12/5920, 92); zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 48. Im zweiten Vermittlungsverfahren (BT-Drs. 12/7323, 5) wurde lediglich der Stichtag in Abs. 1 S. 2 geändert. Abs. 2 wurde durch Art. 8 Nr. 43 GKV-WSG mWv 1.7.2008 neu gefasst. Abs. 2 S. 2 wurde durch Art. 1 Nr. 38 PNG angefügt. Abs. 2 wurde durch Gesetz vom 30.6.2017 (Zweites Bürokratieentlastungsgesetz, BGBl. I 2143) mWv 6.7.2017 um S. 2–4 ergänzt. Die Norm wurde zuletzt durch Art. 5 Nr. 2 Buchst. a **Patientendaten-Schutz-Gesetz** (Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur) vom 14.10.2020 (BGBl. I

2115) mWv 20.10.2020 geändert und sowohl in Abs. 2 die neuen S. 3–6 eingefügt als auch ein komplett neuer Abs. 3 angefügt.

II. Daten- und Abrechnungsübermittlung

- 2 § 105 legt die **Mindestanforderungen für den Datenaustausch im Abrechnungsverkehr** zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern fest und entspricht weitgehend der Regelung der Daten- und Abrechnungsübermittlung bei Heil- und Hilfsmittelbringern in § 302 SGB V. Die Norm konkretisiert die in § 104 Abs. 1 Nr. 3 enthaltene Regelung des Datenaustauschs im Abrechnungsverkehr zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern bezüglich der Führung der Abrechnungsunterlagen (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 43). Sie ist für die Pflegeversicherung von größerer Bedeutung als § 302 SGB V im Rahmen der Krankenversicherung. Während in der gesetzlichen Krankenversicherung ärztliche Leistungen (§ 295 SGB V) im Vordergrund stehen, stellen die pflegerischen Leistungen nach § 28 den Kernbereich der Leistungen nach dem SGB XI dar. § 105 betrifft alle Leistungsabrechnungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung (Hauck/Noftz/Didong, 8/2013, Rn. 2). Zur Problematik des hohen Zeiteinsatzs der Pflegedokumentation s. Siefarth PKR 2014, 17 ff. sowie Schell/Di Bella RDG 2014, 170 ff.
- 3 Die Leistungserbringer werden verpflichtet, die für die Abrechnung mit den Pflegekassen erforderlichen Daten (**Abs. 1 S. 1 Nr. 1**) aufzuzeichnen und sie diesen (ab 1.1.1996) in **maschinenlesbaren Unterlagen** zu übermitteln. In den Abrechnungsunterlagen sind die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen, nicht aber die Diagnosen (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 46). Unter „der Zeit der Leistungserbringung“ ist die Dauer der erbrachten Leistung zu verstehen. Dies ergibt sich aus der Bedeutung des Zeitaufwandes für die Vergütungsregelungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 89 Abs. 3) (Hauck/Noftz/Didong, 8/2013, Rn. 5).
- 4 Eine Ergänzung der Norm dahingehend, dass künftig bei ambulanter Pflege der Anfangs- und Endzeit elementare Grundlagen der Personaldisposition und Einsatzplanung eines Pflegedienstes durch die Leistungserbringer aufzuzeichnen, wurde nicht umgesetzt (vgl. noch BR-Drs. 18/9959, 33, wonach diese Aufzeichnungspflicht äußerst wichtig für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen sei, weil Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug nur dann gerichtlich nachgewiesen werden könnten, wenn Beginn und Ende der Leistungserbringung nachvollziehbar schriftlich fixiert würden). In der Praxis werden diese Daten idR bereits erfasst (BR-Drs. 18/9959, 34).
- 5 Durch das **PDSG** wurde Abs. 1 S. 1 Nr. 2 dahingehend ergänzt, dass „spätestens ab dem 1. Januar 2023 zusätzlich die Beschäftigtennummer nach § 293 Absatz 8 Satz 2 SGB V der Person, die die Leistung erbracht hat, anzugeben ist“. Diese Angaben sind für eine effektive und effiziente Abrechnungsprüfung erforderlich. Nur so können die Krankenkassen bei der zur Klärung von Auffälligkeiten im Einzelfall notwendigen Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Krankenkassen feststellen, ob die Abrechnung der Leistungen plausibel ist. Im Ergebnis können fehlerhafte Abrechnungen schneller und eindeutiger identifiziert werden. Mit der Einführung einer eindeutigen Beschäftigtennummer für Pflegekräfte (§ 293 Abs. 8 S. 2 SGB V) wird die Grundlage geschaffen nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von Personen, die in Pflege und Betreuung vor Ort tätig sind, erbracht worden sind und ob die für die Leistungserbringung erforderliche Qualifikation gegeben ist. Damit wird den Kostenträgern der Nachweis von Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch und

Abrechnungsbetrug erleichtert (BT-Drs. 19/20708, 169 zu § 302 SGB V; 19/20708, 178 zu § 105).

Prange sieht in der Verwendung des Begriffs „Aufzeichnen“ ein gesetzgeberisches 6
Versäumnis, nicht in Anpassung an die DS-GVO im Gleichklang mit § 104 diesen durch den Begriff „Speichern“ zu ersetzen (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 48). Speichern ist indes auch in der DS-GVO nicht definiert, sondern wird nur in Art. 4 Nr. 2 DS-GVO erwähnt, weshalb die sprachliche Abweichung unerheblich sein dürfte, solange die Norm klar beschreibt, welcher Tatbestand, nämlich das Erfassen von Daten auf einem Datenträger gemeint ist (vgl. zum alten Recht BSG 20.7.2010 – B 2 U 17/09 R, SozR 4–2700 § 200 Nr. 2, SozR 4–3250 § 14 Nr. 13 Rn. 23, NZS 2011, 473, BeckRS 2010, 74685).

Nach **Abs. 1 S. 1 Nr. 2** müssen die Leistungserbringer nicht nur ihre nach § 103 7
bestimmten Kennzeichen verwenden, sondern auch die Versichertennummern der Pflegebedürftigen nach § 101 angeben, die erst die Zuordnung der einzelnen Leistungen zu den Versicherten ermöglichen (Hauck/Noftz/Didong, 8/2013, Rn. 6).

Das in **Abs. 1 S. 1 Nr. 3** genannte Hilfsmittelverzeichnis hat der Spitzenverband 8
Bund der Pflegekassen gem. § 78 Abs. 2 S. 1 nach Anhörung der betroffenen Leistungserbringer sowie der Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen (§ 78 Abs. 2 S. 4) zu erstellen und ständig fortzuschreiben (Hauck/Noftz/Didong, 8/2013, Rn. 7).

Gemäß **Abs. 1 S. 2** besteht zwar eine Pflicht, maschinenlesbare Unterlagen zu 9
verwenden, die Pflegekassen sind im Unterschied zu den Krankenkassen aber nicht verpflichtet, Abrechnungen ohne maschinenlesbare Unterlagen zu verweigern. Sie können den Leistungserbringern nach dem Zweck des Abs. 1 S. 2 die Zahlungen bei Vorlage derart mangelhafter Unterlagen jedoch versagen und haben ein Zurückbehaltungsrecht bis zum Erhalt maschinenlesbarer Abrechnungsgrundlagen (so Hauck/Noftz/Didong, 8/2013, Rn. 8; vgl. zur Möglichkeit einer Analogie zu § 303 Abs. 3 SGB V jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 54).

Nach **Abs. 2** sollen Einzelheiten über Form und Inhalt der Abrechnungsunterla- 10
gen sowie des Datenträgeraustausches durch Vereinbarungen der Spitzenverbände mit den Vereinigungen der Leistungserbringer geregelt werden. Zur Problematik der Bindung von Außenseitern vgl. → § 75 Rn. 13. S. 2–4 (aF) wurden durch Gesetz vom 30.6.2017 (BGBl. I 2143) mWv 6.7.2017 eingefügt. Die Neuregelung verpflichtet den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Verbände der Leistungserbringer zur Vereinbarung eines Verfahrens für eine sichere Übermittlung aller erforderlichen Abrechnungsunterlagen und aller sonstigen erforderlichen Nachweise in der Form elektronischer Dokumente. Dadurch sollen Dokumente in Papierform vollständig abgelöst und eine parallele Nutzung papiergebundener und elektronischer Dokumente vermieden werden. Sobald eine Vereinbarung vorliegt, können auch die vertraglich vereinbarten Nachweise über die erbrachten Leistungen einschließlich der vorgesehenen Unterschrift von Versicherten und Leistungserbringern auf diesen Nachweisen durch **elektronische Dokumente** erfolgen. Für die Übermittlung von Unterschriften auf Nachweisen über die erbrachten Leistungen soll neben einer qualifizierten elektronischen Signatur auch ein anderes Verfahren zugelassen werden. Das festzulegende Verfahren soll so ausgestaltet werden, dass ein gesicherter und überprüfbarer Rückschluss auf die Identität des Verfassers und auf die Integrität der Dokumente gewährleistet ist. Entscheidend für die Abrechnungssicherheit ist die Vorgabe eines Verfahrens, das den Absender der Daten authentifiziert und die Integrität des elektronisch übermittelten Datensatzes gewährleistet.

Durch das **PDSG** vom 14.10.2020 wurden nach S. 2 weitere Sätze eingefügt und 11
mit ihnen ein Schiedsstellenverfahren installiert. Die bisherigen S. 3–5 wurden zu den S. 7–9. Mit der Neuregelung kann für den Fall, dass für ambulante Leistungen die Festlegungen über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen oder die Einzelheiten des elektronischen Datenträgeraustauschs nicht innerhalb der Frist getroffen

wurden, die Schiedsstelle nach § 132a Abs. 3 S. 1 SGB V angerufen werden. Die Neuregelung bezieht sich auch auf S. 2, weil die Einzelheiten für die elektronische Datenübertragung für die Abrechnung von den Beteiligten nicht innerhalb der Frist bis zum 1.1.2018 festgelegt wurden. Die Schiedsstelle bestimmt die Inhalte der Festlegung innerhalb von drei Monaten. Sie ist nach § 132a Abs. 3 SGB V neben unparteiischen Mitgliedern und einem unparteiischen Vorsitzenden mit Vertretern der Pflegedienste und der Krankenkassen besetzt. Die Schiedsstelle ist wegen ihrer Zuständigkeit nach § 132a SGB V für die Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege auch mit Mitgliedern besetzt, die mit ambulanten Pflegeleistungen vertraut sind. Die zu berücksichtigenden Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 S. 4 Nr. 6 SGB V beziehen sich auf die Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht sowie auf das Abrechnungsverfahren der häuslichen Krankenpflege. Um die Abrechnung für ambulante Pflegedienste insgesamt zu erleichtern, ist es sachgerecht, diese Grundsätze auch für Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI zu berücksichtigen (BT-Drs. 19/20708, 179).

- 12 Die Regelungen in den **S. 7 und 9** (bish. S. 3 und 5) orientieren sich an § 87a Abs. 6 S. 1 und 2 AO, mit denen für den Bereich des Umsatzsteuerrechts Rechtssicherheit von elektronischen Dokumenten auch unter Verzicht auf die qualifizierte elektronische Signatur hergestellt worden ist. Leistungsnachweise in elektronischer Form können von den Pflegekassen zudem auch für Zwecke der Abrechnungsprüfung genutzt werden (BT-Drs. 18/9949, 26). Der in Abs. 2 S. 2 mit dem PNG eingefügte und nun in S. 9 befindliche Verweis auf § 302 Abs. 2 S. 2 SGB V ist eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung dafür, dass Pflegeeinrichtungen für die Abrechnung ihrer Leistungen Rechenzentren einschalten können. Ambulanten Pflegediensten soll es auf diese Weise ermöglicht werden, neben den Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V auch die Pflegeleistungen nach dem SGB XI von Rechenzentren abrechnen zu lassen (BT-Drs. 17/9369, 47). Die Vorschrift ist eine reine Verfahrensregelung und bestimmt weder die inhaltliche Ausgestaltung der Abrechnungsunterlagen und des Datenträgeraustausches noch den Weg zur Herstellung des Einvernehmens (Hauk/Nofzt/Didong, 8/2013, Rn. 10). **Abs. 2 S. 1** wird durch § 75 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 ergänzt. Zudem kann das BMG gem. § 90 Abs. 1 S. 1 und 4 die Vergütungsabrechnung im Bereich der ambulanten Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten im Einvernehmen mit den Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung regeln (Hauk/Nofzt/Didong, 8/2013, Rn. 11). In S. 8 wurde der neue Regelungsstandort § 339 SGB V aufgenommen (BT-Drs. 19/20708, 179).

- 13 **Abs. 3** wurde durch das **PDSG** vom 14.10.2020 angefügt. Die Regelung ergänzt die Vorgaben zur Abrechnung von pflegerischen Leistungen dahingehend, dass die Leistungserbringer zur Reduzierung von Medienbrüchen und zur Beschleunigung von Abrechnungsverfahren einen Anspruch dahingehend erhalten, dass die Pflegekassen in allen Kommunikationsprozessen im Zusammenhang mit der Abrechnung erbrachter Leistungen elektronische Verfahren nutzen, wenn die Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind und sie den Pflegekassen die hierfür erforderlichen Angaben übermittelt haben. Pflegekassen, die die Telematikinfrastruktur noch nicht nutzen, müssen sich dazu spätestens drei Monate nach Übermittlung der Daten durch die Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur anschließen und bei der Kommunikation ebenfalls von der Gesellschaft für Telematik festgelegte Übermittlungsverfahren nutzen (BT-Drs. 19/20708, 179).

§ 106 Abweichende Vereinbarungen

Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52) können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, daß

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt, 2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekassen nicht gefährdet werden.

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat unverändert die Fassung des RegE (§ 115 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 153. 1

II. Vereinbarungen auf Landesebene

§ 106 lässt **Vereinfachungen im Abrechnungsverfahren** zwischen Pflegekas- 2 sen und Leistungserbringern durch Vereinbarungen der auf Landesebene beteiligten Verbände zu, soweit hierdurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekassen (etwa in Bezug auf die gesetzlich vorgesehenen Prüfungen) nicht gefährdet wird. Die Vorschrift entspricht § 303 Abs. 1 SGB V. Zum Abschluss berechtigt sind aber nur die Landesverbände der Pflegekassen.

Nach der Gesetzessystematik betrifft § 106 Nr. 1 lediglich die **Menge der für den Nachweis der erbrachten Leistungen notwendigen Belege**, während § 106 Nr. 2 auf die in § 105 Abs. 1 S. 1 Nr. 1–3 **aufgezählten Angaben** zu beziehen ist, weshalb beide Reduzierungen grundsätzlich unabhängig voneinander möglich sind (Hauck/Noftz/Didong, 8/2009, Rn. 3). Letzteres ist weitergehend, weil es die Abrechnung selbst betrifft (vgl. Krauskopf/Waschull Rn. 6; jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 41). 3

Während nach § 105 Abs. 2 S. 1 nur Festlegungen bzgl. der technischen und organisatorischen Form der Datenübermittlung getroffen werden können, ermöglicht § 106 die **inhaltliche Einschränkung** des Datenaustauschs hinsichtlich der Leistungsabrechnung unter bestimmten Voraussetzungen und in bestimmten Grenzen (Hauck/Noftz/Didong, 8/2009, Rn. 9; jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 40). Die Vereinbarungen dürfen aber keine von der nach § 90 erlassenen **Gebührenordnung** oder die mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen nach § 75 Abs. 1 abgeschlossenen **Rahmenverträge** abweichenden Bestimmungen enthalten (Hauck/Noftz/Didong, 8/2009, Rn. 6). Die Einschränkung darf eine ordnungsgemäße Abrechnung nicht gefährden (vgl. Rombey ZFSH/SGB 2023, 8 (23)). 4

§ 106a Mitteilungspflichten

¹Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln.

²Das Formular nach § 37 Abs. 4 Satz 2 wird unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und des

Bundesministeriums für Gesundheit erstellt. ³Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungs-person eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 34 des 1. SGB XI-ÄndG mWv 25.6.1996 eingefügt. Durch Art. 1 Nr. 64 PflegeWEG wurde die Vorschrift neu gefasst, um klarzustellen, dass die Mitteilungspflichten der Einrichtungen und Pflegefachkräfte, die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 durchführen, auch gegenüber den privaten Versicherungsunternehmen bestehen; zugleich wurden die Beratungsstellen nach § 7a in die Datenschutzregelungen einbezogen. Sodann wurde die Norm durch Gesetz vom 23.12.2016 (BGBl. I 2017) mit Wirkung zum 1.1.2017 geändert. Anschließend wurde sie durch das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11.12.2018 (BGBl. I 2394) mWz 1.1.2019 um einen neu eingefügten S. 3 erweitert. Zuletzt erfolgte eine terminologische Anpassung (Einwilligung statt Einverständnis) an die DS-GVO durch das **2. Datenschutzanpassungsgesetz** vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626; BT-Drs. 19/4674, 407), die aber aufgrund des PpSG obsolet war.

II. Normzweck

- 2 Die Vorschrift bildet die datenschutzrechtliche Absicherung gegenüber § 37 Abs. 3, durch den Bezieher von Pflegegeld verpflichtet werden, in bestimmten zeitlichen Abständen Pflegeeinsätze durch zugelassene ambulante Pflegedienste, Beratungsstellen oder von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkräfte abzurufen. Diese Beratung gem. § 37 Abs. 3 S. 1 dient der Sicherung und Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden (vgl. § 37 Abs. 3 S. 2). Zur **Kontrolle** des Stattfindens dieser Beratungsbesuche dient die entsprechende Bestätigung gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen durch die genannten Pflegeeinrichtungen (vgl. § 37 Abs. 4 S. 1). Die Übermittlung setzt das Einverständnis des Versicherten voraus (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 29). Zum 1.1.2017 wurde die Übermittlungsbefugnis auf Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften erweitert.
- 3 § 37 Abs. 3 S. 5 enthält bereits die Verpflichtung der Pflegedienste, mit Einverständnis des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse die bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung mitzuteilen. Die Mitteilung ist nur zulässig, wenn der Pflegebedürftige zustimmt; zu den Folgen einer Verweigerung der Zustimmung vgl. → § 37 Rn. 13 f. Fraglich ist, ob nicht auch ohne die Regelung in § 106a die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen mangels Übermittlungsbefugnisnorm aber mit Einwilligung des Betroffenen diese Übermittlung hätten vornehmen dürfen und so ihren Aufgaben im Zusammenhang mit der Qualität der Pflegesituation und der Notwendigkeit einer Verbesserung nachkommen können (verneinend jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 48). Insoweit stellte sich jedenfalls vor Geltungsbeginn der DS-GVO die Frage nach der Notwendigkeit der **gesetzesakzessorischen Einwilligung**. Das BSG hat hierzu seinerzeit ausgeführt, dass jedenfalls kein Grundsatz bestehe, wonach unabhängig von einer gesetzlichen Ermächtigung eine Datennut-

zung und -übermittlung stets zulässig ist, sofern eine Einwilligung desjenigen vorliegt, um dessen geschützte Daten es geht, weshalb die Einwilligung als alleinige Ermächtigungsgrundlage nicht in Betracht komme (BSG 10.12.2008 – B 6 KA 37/07 R, BSGE 102, 134 ff. = NJOZ 2009, 2959). Auch in Hinblick auf den kontroversen Meinungsstand zum sog. Grundrechtsverzicht dürfte das aus Art. 2 Abs. 1 GG iVm Art. 1 Abs. 1 GG und damit aus dem Selbstbestimmungsrecht des Individuums abgeleiteten Recht auf informationelle Selbstbestimmung jedoch der Dispositionsbefugnis des Grundrechtsinhabers unterliegen. Demgemäß kann der Inhaber nach ausreichender Aufklärung durch eine freiwillige Einwilligung in eine einzelne Handlungsweise eine Grundrechtsbeeinträchtigung ausschließen, sofern nicht höherwertigere Verfassungsgüter entgegenstehen (vgl. BVerwG 22.10.2003 – 6 C 23/02, BVerwGE 119, 123 (127) = BeckRS 2003, 25569; als Grenze ist der Menschenwürdegehalt zu beachten, Dürig/Herzog/Scholz Grundgesetz-Kommentar/Di Fabio GG Art. 2 Rn. 62; vgl. auch Brisch/Laue CR 2009, 465 f.; Schömann jurisPR-SozR 21/2009 Anm. 4). Auf die Existenz spezieller, die Einwilligung als Legitimation für Eingriffe vorsehender Normen kommt daher nicht an (Schütze/Bieresborn SGB X § 67b Rn. 6 mwN; Schütze/Bieresborn SGB X § 67a Rn. 5a). Die **DS-GVO** als maßgebliche Rechtsgrundlage sieht die Zulässigkeit von Datenverarbeitungsvorgängen allein auf Grundlage einer Einwilligung in Art. 6 Abs. 1 Buchst. a DS-GVO sowie bei besonderen Kategorien in Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO vor, weshalb sie im SGB X nicht mehr als Verarbeitungsgrundlage genannt wird. Von einer nach Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DS-GVO möglichen Beschränkung der Einwilligung auf bestimmte gesetzlich vorgesehene Anlässe hat der Gesetzgeber im SGB X keinen Gebrauch gemacht, so dass eine Einwilligung als Verarbeitungsgrundlage keiner weiteren Ermächtigungsgrundlage bedarf.

S. 2 schreibt vor, dass bei der Ausgestaltung des für die Mitteilung zu verwenden- 4
den Formulars der oder die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und das BMG zu beteiligen sind. Nach Auffassung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz ist dem Pflegebedürftigen eine **Durchschrift der Mitteilung** an die Pflegekasse auszuhändigen und die Möglichkeit zu einer Gegendarstellung einzuräumen (Nachweise bei LPK-SGB XI/Klie Rn. 7).

Der durch das PpSG vom 11.12.2018 (BGBl. I 2394) neu eingefügte **S. 3** ermög- 5
licht unter den dort genannten Voraussetzungen eine Übermittlung der Mitteilung über die Erforderlichkeit einer weiteren Beratung auch **ohne Einwilligung** der pflegebedürftigen Person. Nach der Gesetzesbegründung ist diese gesetzliche Übermittlungsbefugnis erforderlich, um eine pflegerische Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen. Die Übermittlung von personenbezogenen Daten über die Pflegesituation ist nicht zulässig (BR-Drs. 376/18, 110). Deshalb beschränkt sich der Hinweis der Beratungsstelle an die Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen darauf, dass eine **weitergehende Beratung** durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen angezeigt ist, die dann ihrerseits eine entsprechende Beratung anzubieten hat (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 62).

§ 106b Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur

(1) Zum Ausgleich

1. der erforderlichen Ausstattungskosten aufgrund von Anforderungen nach dem Fünften Buch, die in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur entstehen, und
 2. der erforderlichen Betriebskosten, die im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen,
- erhalten nach § 72 zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in entsprechender Anwendung der Finanzierungsregelungen für die an

der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die sich aus § 378 Absatz 2 des Fünften Buches ergebenden Erstattungen nach Maßgabe des Absatzes 2 in Form einer monatlichen Pauschale (TI-Pauschale) aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

(2) ¹Näheres zum Ausgleich nach Absatz 1, dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie der Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an den Kosten, legen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in einer Finanzierungsvereinbarung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fest. ²Grundlage dieser Finanzierungsvereinbarung sind die nach § 378 Absatz 2 des Fünften Buches vereinbarten Bundesmantelverträge. ³Ein abweichender Erstattungsbedarf der Pflegeeinrichtungen gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern aufgrund ihrer Besonderheiten, insbesondere bezogen auf Größe und Beschäftigtenanzahl, ist dabei zu berücksichtigen. ⁴Zudem sind Übergangsregelungen festzulegen, um die Erstattungsmodalitäten beim Übergang von den bisher geltenden auf die neuen Erstattungsregelungen zu bestimmen. ⁵Die Finanzierungsvereinbarung muss spätestens zwei Monate nach Anpassung der Bundesmantelverträge vorliegen.

(3) ¹Die durch die Erstattung nach Absatz 1 entstehenden Kosten, soweit die ambulanten Pflegeeinrichtungen betroffen sind, tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung in dem Verhältnis, das der Relation zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegeleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. ²Bei den in § 39a Absatz 1 des Fünften Buches genannten stationären Hospizen, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht, tragen die gesetzlichen Krankenkassen 80 Prozent der nach Absatz 1 entstehenden Erstattungen. ³Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach den Sätzen 1 und 2 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. ⁴Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 1 ergeben. ⁵Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. ⁶Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bestimmen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung.

(4) Die nach den Absätzen 1 und 2 festgelegte Höhe der TI-Pauschale gilt ab dem 30. Juni 2023.

(5) ¹Die Vereinbarungspartner nach Absatz 2 verhandeln die Höhe der TI-Pauschale im Abstand von jeweils zwei Jahren, orientieren sich dabei an den Anpassungen der Bundesmantelverträge nach § 378 Absatz 2 des Fünften Buches und schließen erforderlichenfalls eine neue Vereinbarung nach Absatz 2. ²Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt die jeweils bestehende Vereinbarung nach Absatz 2 fort.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
1. Die Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur (Abs. 1)	4
2. Zahlungs- und Abrechnungsverfahren (Abs. 2)	6
3. Kostengrundentscheidung (Abs. 3)	7
4. Dauer der vereinbarten TI-Pauschale (Abs. 4)	9
5. Festlegung der Höhe der TI-Pauschale (Abs. 5)	10

I. Geltende Fassung

Die Norm wurde eingeführt durch das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) vom 9.12.2019 (BGBl. I 2562) mWv 19.12.2019. Abs. 1 S. 1 wurde durch das Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) vom 14.10.2020 mWv 20.10.2020 geändert. Die Vorschrift wurde durch das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (**Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG**) vom 20.12.2022 (BGBl. I 2793) mWv 1.4.2023 neu gefasst.

II. Normzweck

Die **Telematikinfrastruktur** soll als die zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen und im Bereich der Pflege etabliert werden, die der Vernetzung von Leistungserbringern, Kostenträgern, Versicherten und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens sowie der Rehabilitation und der Pflege dient (vgl. § 306 Abs. 1 S. 2 SGB V; vgl. dazu auch BT-Drs. 19/18793, 99; Dochow MedR 2020, 979 (982 f.); Beyer WzS 2021, 263 ff.; Spiller SozSich 2019, 311 (312)). Ziel ist eine bessere Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten für Versorgung, Forschung und Planung unter Wahrung des Identitätsschutzes der betroffenen Personen. Unter **Gesundheits telematik** (oder e-Health) wird die Anwendung von Telekommunikations- und Informationstechnologien auf das Gesundheitswesen, insbesondere auf administrative Prozesse, Wissensvermittlungs- und Behandlungsverfahren verstanden, die nicht zuletzt Kommunikationserleichterungen und Effizienzsteigerungen durch Rationalisierungsprozesse sowie Qualitätsverbesserungen durch integrierte Versorgungsketten und die forcierte Anwendung der Ergebnisse einer wissenschaftsbasierten Medizin beabsichtigen (Spiller SozSich 2019, 311 (312)). So werden beim **Telenursing** die für die Pflege nötigen Daten und Applikationen für Arzt, Pflegende, Gepflegte und deren Angehörige zur Verfügung gestellt. Für den unter Umständen schwer erreichbaren häuslichen Bereich **Case Management, Reha-Maßnahmen, Tele-Visiten** (zB zur Wundversorgung oÄ), erfolgt die Übermittlung zahlreicher Daten in mehrere Richtungen (Manzeschke, Ethik in der Medizin, S. 480 f.). Generell werden unter digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) Technologien verstanden, die als App oder browserbasierte Lösungen über öffentlich zugängliche Netze, auf maschinell lesbaren Datenträgern oder digitalen Vertriebsplattformen zur Verfügung gestellt werden und die auf den eigenen Endgeräten der pflegebedürftigen Personen, ihrer Angehörigen und der zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden (vgl. § 40a Abs. 1; Knorr/Fischer KrV 2022, 7; zur Pflege-

brille Prilla/Recken/Janßen, Die Pflegebrille als Instrument der Digitalisierung in der Pflege; Nutzenpotentiale, in: Luthé/Müller/Schiering, Assistive Technologien im Sozial- und Gesundheitssektor, S. 735 ff.).

- 3 Erforderlich ist hierfür eine **Telematik-Infrastruktur (TI)**. Für den Aufbau und die Verwaltung der TI ist die Gesellschaft für Telematik (gematik) zuständig (§ 311 Abs. 1 SGB V), deren Gesellschafter die Bundesrepublik Deutschland (51 Prozent), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (24,5 Prozent) und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer (vgl. § 306 Abs. 1 S. 1 SGB V, zusammen 24,5 Prozent) sind (§ 310 Abs. 2 SGB V; krit. zur Umwandlung des Bundes als Mehrheitseigentümer seit 1.5.2019 Spiller SozSich 2019, 311 (314)). Um die Strukturen des Gesundheitssystems der Dynamik der digitalen Transformation und der Geschwindigkeit von Innovationsprozessen anzupassen, sind fortgesetzte gesetzgeberische Anpassungen nötig. Zu den datenschutzrechtlichen Grenzen Bieresborn, VSSAR 2023, 135 ff.

1. Die Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur (Abs. 1)

- 4 Der Anschluss der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen soll auf freiwilliger Basis erfolgen. Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, die von der Möglichkeit zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur Gebrauch machen, bekommen ab dem 1.7.2020 die **Anschluss- und Betriebskosten** im Zusammenhang mit dem Anschluss und der Nutzung der Telematikinfrastruktur von der Pflegeversicherung in der gleichen Höhe erstattet wie der ambulante ärztliche Bereich. Fortschreibungen der Finanzierungsvereinbarung sind jeweils zu berücksichtigen, sodass auch mobile Ausstattungen dann in die Finanzierung einbezogen werden, wenn diese für den ärztlichen Bereich vereinbart werden. Um den unterschiedlichen Größen der Pflegeeinrichtungen Rechnung tragen zu können, konnten der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach dem alten System unterschiedliche Erstattungsbeträge vereinbaren. In der Regelung wurden der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene verpflichtet, die Einzelheiten zur Abrechnung rechtzeitig zu regeln (BR–Drs. 360/19, 83). Nunmehr sind ab dem 30.6.2023 für die Ärzte- und Zahnärzteschaft, für Apothekerinnen und Apotheker sowie für weitere Leistungserbringer Basis der Erstattung nicht Verhandlungsvereinbarungen, sondern es erfolgt die Zahlung einer **monatlichen TI-Pauschale** (BT-Drs. 20/4708, 125).
- 5 **Abs. 1** regelt die Finanzierung der Einbindung von Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur, die – wenn sie davon Gebrauch machen – die Erstattung der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten und laufenden Betriebskosten erhalten (jurisPK–SGB XI/Prange Rn. 45). Durch Art. 5 Nr. 3 PDSG wurde der Verweis in Abs. 1 **S. 1** auf § 291a Abs. 7 S. 5 SGB V auf den neu eingeführten § 376 SGB V mWz 20.10.2020 angepasst. Durch Art. 8a **KHPfLEG** vom 20.12.2022 (BGBl. I 2793) wurde Abs. 1 mWv 1.4.2023 neu gefasst. Die Zahlung der telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten für zugelassene stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erfolgt in entsprechender Anwendung der Finanzierungsregelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Ausstattung mit Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur sowie der durch deren Betrieb entstehenden Kosten für vertragsärztliche Leistungserbringer gemäß § 378 SGB V. Die Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass ab dem 30.6.2023 die Zahlung einer **monatlichen TI-Pauschale** für diese Kosten erfolgt, und nicht mehr Verhandlungsvereinbarungen, etwa mit den Bundesmantelvertragspartnern, Basis der Erstattung der telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten sind (BT-Drs. 20/4708, 125). Zuvor erhob der der Spit-

zenverband Bund der Krankenkassen zwecks Festlegung der Vereinbarung von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen (BR-Drs. 360/19, 84).

2. Zahlungs- und Abrechnungsverfahren (Abs. 2)

Die jetzige Fassung des Abs. 2 wurde durch Art. 8a KHPfLEG (vom 20.12.2022, 6 BGBl. I 2793) mWv 1.4.2023 eingeführt. Um eine angemessene Höhe der TI-Pauschale für Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Besonderheiten der Pflegeeinrichtungen insbesondere im Vergleich zu Arztpraxen zu gewährleisten, zB hinsichtlich ihrer Einrichtungsgröße oder der Anzahl der Beschäftigten, die TI-Zusatzkomponenten, wie einen elektronischen Gesundheitsberufsausweis benötigen, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit entsprechende TI-Pauschalen in einer Finanzierungsvereinbarung. Diese hat auch eine Übergangsregelung für diejenigen Leistungserbringer zu vereinbaren, die bereits Erstattungen nach den bis zum 30.6.2023 anwendbaren Regelungen erhalten haben. Leistungserbringer, die kurz vor der Einführung der neuen Erstattungsregelung eine Erstausrüstung gekauft und nach dem bisherigen Finanzierungssystem eine Erstattung der entsprechenden Kosten erhalten haben, sollen nicht bessergestellt sein als solche, die sich erst unter Geltung des neuen Finanzierungssystems ausstatten. Ohne eine Übergangsregelung würden erstere sowohl die Einmalpauschale nach dem alten System als auch die monatliche Pauschale nach dem neuen System in voller Höhe erhalten, letztere dagegen lediglich die monatliche Pauschale. Grundlage für die Finanzierungsvereinbarung sind die gemäß § 378 Abs. 2 SGB V anzupassenden Bundesmantelverträge. Die Finanzierungsvereinbarung nach § 106b hat spätestens zwei Monate nach Anpassung der Bundesmantelverträge vorzuliegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zudem verpflichtet, auch die Einzelheiten zur Zahlung bzw. Abrechnung und damit ein funktionierendes Verwaltungsverfahren rechtzeitig zu regeln (BT-Drs. 20/4708, 125).

3. Kostengrundentscheidung (Abs. 3)

Abs. 3 enthält nunmehr die Kostengrundentscheidung für die Finanzierung der nach Abs. 1 erfolgenden Erstattung. Dabei werden die Kosten aufgeteilt auf die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung, und zwar nach dem Schlüssel, der sich aus dem Verhältnis der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege zu den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich ergibt. Das Kostenverhältnis ist für jedes zurückliegende Kalenderjahr zu bestimmen. Das Verhältnis ist auf Basis der in den jeweiligen Jahresrechnungsergebnissen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung ausgewiesenen Ausgaben des Vorvorjahres zu ermitteln. Die in **§ 3** in Bezug genommenen in § 39a Abs. 1 SGB V genannten stationären **Hospize**, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht und die für Patienten und Patientinnen mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische Versorgung und Betreuung sicherstellen, können telematikbedingte Ausgleichskosten geltend machen. Auf Basis der Finanzstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich in etwa ein Verhältnis von 80 zu 20 zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Dies ist entsprechend in den bisherigen anteiligen Ausgleichszahlungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen. Entsprechend wird eine Beteiligung der Krankenkassen an den Erstattungen in diesem Umfang vorgesehen. Die **privat-**

ten Versicherungsunternehmen werden entsprechend dem Anteil der in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen an den finanziellen Kosten für die Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur beteiligt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmen das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung der jeweiligen Finanzierungsanteile an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (BT-Drs. 20/4708, 125).

- 8 Der Anschluss der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur führte ab dem 1.7.2020 zu Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung. Da der Anschluss freiwillig ist, ist die Höhe der Kosten abhängig von der Zahl der Anschlüsse. Im Bereich der ambulanten Pflege richten sich die Ausgabenanteile zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung nach dem Verhältnis der entsprechenden Leistungen für häusliche Krankenpflege und Pflegeschleisungen. Im Rahmen der Umsetzung des § 125 fielen für die Förderung von Modellvorhaben einmalig Ausgaben iHv 10 Mio. EUR an (BT-Drs. 19/13438, 38).

4. Dauer der vereinbarten TI-Pauschale (Abs. 4)

- 9 Die von den Vertragspartnern vereinbarte TI-Pauschale gilt ab dem 30.6.2023. Sie findet ab diesem Zeitpunkt zunächst **zwei Jahre** lang unverändert Anwendung (BT-Drs. 20/4708, 125).

5. Festlegung der Höhe der TI-Pauschale (Abs. 5)

- 10 Die Vertragspartner verhandeln die Höhe der TI-Pauschale alle zwei Jahre neu. Solange keine neue Vereinbarung getroffen wird, gilt die **bisherige Vereinbarung** fort (BT-Drs. 20/4708, 126).

§ 106c Einbindung der Medizinischen Dienste in die Telematikinfrastruktur

Bei der Erfüllung der ihnen nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben haben die Medizinischen Dienste gemäß § 278 des Fünften Buches und die Pflegekassen oder die Landesverbände der Pflegekassen für die gegenseitige Übermittlung von Daten die von der Gesellschaft für Telematik nach § 311 Absatz 6 des Fünften Buches festgelegten Verfahren zu verwenden, sofern der jeweilige Medizinische Dienst und die Pflegekasse oder der jeweilige Landesverband der Pflegekasse an die Telematikinfrastruktur angebunden sind.

I. Fassung der Norm

- 1 Die Vorschrift wurde durch Art. 5 Nr. 18b Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (**Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG**) vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) mit Wirkung zum 9.6.2021 eingeführt.

II. Normzweck

- 2 Im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung nach dem Elften Buch haben die Medizinischen Dienste in den Bereichen der Begutachtung und der Qualitätsprüfung mit den Pflegekassen oder den Landesverbänden der Pflegekassen zu verschie-

denen gesetzlich festgelegten Zwecken einen **elektronischen Datenaustausch** vorzunehmen. § 106c knüpft an dieses Erfordernis an und ergänzt es dahingehend, dass von den Medizinischen Diensten die Dienste der Telematikinfrastruktur jeweils zu nutzen sind, wenn sowohl der betroffene Medizinische Dienst als auch die Pflegekasse oder der Landesverband der Pflegekassen, mit welcher/welchen der Datenaustausch erfolgt, an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind. Gleiches gilt für die Pflegekasse oder den Landesverband der Pflegekassen, wenn der betroffene Medizinische Dienst an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist. Mit der Regelung des § 106c soll eine weitere Vernetzung von Beteiligten im Rahmen der Telematikinfrastruktur befördert werden (BT-Drs. 19/29384).

Dritter Abschnitt. Datenlöschung, Auskunftspflicht

§ 107 Löschen von Daten

- (1) ¹Für das Löschen der für Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände gespeicherten personenbezogenen Daten gilt, daß
- 1. die Daten nach § 102 spätestens nach Ablauf von zehn Jahren,
 - 2. sonstige Daten aus der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105), aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79), aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117) und aus dem Abschluss oder der Durchführung von Verträgen (§§ 72 bis 74, 85, 86 oder 89) spätestens nach zwei Jahren
- zu löschen sind. ²Die Fristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. ³Die Pflegekassen können für Zwecke der Pflegeversicherung Leistungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, daß ein Bezug zu natürlichen Personen nicht mehr herstellbar ist.
- (2) Im Falle des Wechsels der Pflegekasse ist die bisher zuständige Pflegekasse verpflichtet, auf Verlangen die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 99 und 102 der neuen Pflegekasse mitzuteilen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Pflicht zur Datenlöschung	2
III. Mitteilungspflicht	7

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Sie hat weitgehend die Fassung des RegE (§ 116 RegE); vgl. Begr. des RegE S. 153. Aufgrund der Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses wurde in Abs. 1 S. 1 hinter „Pflegekassen“ lediglich „und ihrer Verbände“ eingefügt (BT-Drs. 12/5920, 92); zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 48. Durch Art. 1 Nr. 22 PQsG wurde Abs. 1 Nr. 2 neu gefasst. Durch Art. 1 Nr. 65 PflegeWEG wurden die in Bezug genommenen Vorschriften in Abs. 1 Nr. 2 geändert. Zuletzt erfolgte eine Anpassung an die Datenschutzgrundverordnung durch das **2. Datenschutzanpassungsgesetz** vom 20.11.2019 (BGBl. I 1626; BT-Drs. 19/4674, 409).

II. Pflicht zur Datenlöschung

- 2 Abs. 1 soll gewährleisten, dass personenbezogene Daten nicht länger als zur Aufgabenerfüllung notwendig **gespeichert** werden. Dies entspricht Art. 17 DSGVO (Recht auf Vergessenwerden). Mit der Streichung des bisherigen Verweises auf § 84 SGB X erfolgt keine inhaltliche Änderung. Das geltende Recht wird vielmehr beibehalten und redaktionell an die DS-GVO angepasst. Die Löschpflicht nach Aufgabenerfüllung folgt nun aus Art. 5 Abs. 1 Buchst. e und Art. 17 Abs. 1 Buchst. a DS-GVO, wonach Daten, die für die Zwecke, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind, unverzüglich zu löschen sind. Die zusätzliche Spezifizierung der Löschpflicht stützt sich auf die Öffnungsklausel des Art. 6 Abs. 1 Buchst. c und e DS-GVO iVm Art. 6 Abs. 2 und 3 DS-GVO, Art. 9 Abs. 2 Buchst. b und h DS-GVO iVm Art. 9 Abs. 4 DS-GVO (BT-Drs. 19/4674, 409). Die eigenständige Bedeutung des § 107 besteht in der Festlegung von Fristen für gespeicherte personenbezogene Daten, nach deren Ablauf die Daten zu löschen sind. Die Regelung ist insoweit Ausdruck des **Verhältnismäßigkeitsprinzips** und dem Grundsatz der **Datensparsamkeit** als Ausfluss des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung geschuldet. Danach dürfen Daten nicht nur begrenzt auf den – zur Aufgabenwahrnehmung nach dem SGB XI – erforderlichen Umfang erhoben und gespeichert werden, sondern sind auch zu löschen, wenn sie nicht mehr benötigt und schutzwürdige Belange des Betroffenen durch die Löschung nicht beeinträchtigt werden (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 42). Nach Ablauf der in Abs. 1 S. 1 festgelegten Fristen sind personenbezogene Daten unabhängig davon zu löschen, ob die Voraussetzungen in Art. 17 DS-GVO erfüllt sind. Die Zehnjahresfrist bezieht sich auf Daten, die im Hinblick auf eine spätere Feststellung von Leistungsvoraussetzungen gespeichert werden (§ 102); die Zweijahresfrist auf Daten aus dem Abrechnungsverhältnis (§ 105) sowie aus Wirtschaftlichkeits- oder Qualitätssicherungsprüfungen (§§ 79, 80). Über diese Fristen hinaus ist eine Speicherung nur in anonymisierter Form zulässig (Abs. 1 S. 3). Die Vorschrift entspricht § 304 Abs. 1 und 2 SGB V.
- 3 **Löschung** bedeutet nach § 67 Abs. 6 S. 2 Nr. 5 das Unkenntlichmachen gespeicherter Sozialdaten. „Löschung“ ist auch die **Entfernung** von schriftlichen Datenträgern aus Verwaltungsakten sowie deren anschließende Vernichtung oder Rücksendung an den Betroffenen (vgl. BayLSG 31.3.2011 – L 15 SB 80/06, BeckRS 2011, 75017). Die Begriffsdefinition zielt auf den Erfolg der Maßnahme ab: Die ursprünglich gespeicherten Daten dürfen effektiv nicht mehr in lesbarer Form vorhanden sein. Daten sind also **unkennlich** gemacht, wenn sie von Menschen nicht mehr zur Kenntnis genommen werden können. Es ist zu unterscheiden zwischen der individuellen Löschung einzelner Datensätze (**Datum, Datenfeld, gesamter Datensatz**) oder aller Daten eines Betroffenen (auch in mehreren Dateien) und der generellen Löschung gesamter Datei-Inhalte (s. auch Wiese DRV 1980, 377). Können Daten unter Zuhilfenahme technischer Mittel durch den Menschen zur Kenntnis genommen werden (zB **Datenträger** und **Datenverarbeitungsanlagen**), sind sie unkenntlich, wenn durch technische oder organisatorische Mittel sichergestellt ist, dass sie von niemandem zur Kenntnis genommen werden können. Das kann durch Überschreiben der zu löschenden Daten, Löschen des Datenträgers mittels spezieller Geräte oder durch physisches Vernichten der Datenträger geschehen. Auf Papier können Schriftzeichen durch Ausstreichen, Überschreiben oder Schwärzen unkenntlich gemacht werden, aber auch durch Vernichten des Datenträgers etwa durch Verbrennen oder Zerreißen im Reißwolf. Versteht man den Prozess des Anonymisierens als Datenverarbeitung – so BFDI in seinem Positionspapier vom 29.6.2020 (<https://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Down>

loads/DE/Konsultationsverfahren/1_Anonymisierung/Positionspapier - Anonymisierung.pdf?__blob=publicationFile&v=4) – stellt Abs. 1 die Befugnissnorm dafür dar.

Leistungsdaten nach § 102 SGB XI sind spätestens nach zehn Jahren zu **löschen**. Die Pflegekassen können für Zwecke der Pflegeversicherung Leistungsdaten aber länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, dass ein Bezug zu natürlichen Personen nicht mehr herstellbar ist.

Adressaten der Norm sind die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der MD (vgl. insoweit auch § 97 Abs. 3 S. 1 und 2), Sachverständige und Prüfstellen (vgl. § 97a Abs. 2), die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und die Träger der Sozialhilfe (vgl. § 97b Hs. 2), der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung eV (§ 97c S. 2) und unabhängige Gutachter (vgl. § 97d Abs. 3). Zudem ist § 107 auch ohne Erwähnung in den §§ 104 ff. auf Leistungserbringer anwendbar, soweit diese „für Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände personenbezogene Daten gespeichert haben“ (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 23).

Abs. 1 S. 2 stellt für den **Fristbeginn** auf das Geschäftsjahr ab, das idR mit dem Kalenderjahr übereinstimmt (Hauck/Noftz/Didong, 3/2010, Rn. 9). Leistungsgewährung oder die Abrechnung der Leistung stehen als entscheidende Zeitpunkte gleichwertig nebeneinander, weshalb der jeweils später anfallende Tatbestand maßgeblich ist (Hauck/Noftz/Didong, 3/2010, Rn. 10). Das Abstellen auf das Geschäftsjahr führt dazu, dass die Löschung nur einmal im Jahr vorzunehmen ist und dadurch zu Effizienzsteigerungen und Kostensenkungen führt (Rombey ZFSH/SGB 2023, 8 (23)).

III. Mitteilungspflicht

Nach **Abs. 2** ist im Falle des Wechsels der Pflegekasse die bisher zuständige Pflegekasse verpflichtet, auf Verlangen die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 99 und 102 der neuen Pflegekasse mitzuteilen (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 63). Es handelt sich somit um eine **Übermittlungsbefugnissnorm** iSd § 67d SGB X. Das Gesetz sagt nicht, von wem das Verlangen ausgehen muss, gemeint sind nach Sinn und Zweck der Norm das der neuen Pflegekasse und des Versicherten (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 66). Ebenso wenig genannt ist die Dauer der Aufbewahrungsfrist der bisherigen Pflegekasse, wenn ein Wechsel erfolgt ist, aber noch kein Verlangen ausgesprochen wurde (vgl. jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 66).

§ 108 Auskünfte an Versicherte

[Fassung Abs. 1 bis 31.12.2023:]

(1) ¹Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. ²Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten ist nicht zulässig. ³Die Pflegekassen können in ihren Satzungen das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln.

[Fassung Abs. 1 ab 1.1.2024:]

(1) ¹Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten, indem sie den Versicherten auf Anforderung

1. eine Übersicht über die in einem Zeitraum von 18 Monaten vor der Anforderung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermitteln; auf Wunsch der Versicherten wird ihnen eine Übersicht

- über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten bis auf Widerruf regelmäßig jedes Kalenderjahr übermittelt;
- 2. Auskünfte darüber geben, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende in Bezug auf die Versicherten zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten verständlicher Form aufzubereiten;
 - 3. eine Durchschrift der von Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen übermitteln; sind die Abrechnungen in einer Form bei der Pflegekasse eingereicht worden, von der eine Durchschrift nicht gefertigt werden kann, sind die Abrechnungsinhalte in einer Form aufzubereiten und an die Versicherten zu übermitteln, die inhaltlich einer Durchschrift von Abrechnungsunterlagen entspricht; erforderlichenfalls sind dazu Erläuterungen zur Verfügung zu stellen, die die Abrechnungsinhalte für die Versicherten nachvollziehbar und verständlich machen.

²Die Übermittlung aller nach diesem Absatz bereitgestellten Informationen hat in einer für die Versicherten wahrnehmbaren Form zu erfolgen; die geltenden Anforderung n an den Datenschutz sind dabei zu beachten und die erforderlichen Datensicherheit ist zu gewährleisten. ³Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten nach diesem Absatz ist nicht zulässig. ⁴Die Pflegekassen können in ihren Satzungen das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln.

(2) ¹Die Berechtigung der Versicherten, auf die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Angaben über ihre pflegerische Versorgung zuzugreifen, folgt aus § 336 Absatz 2 des Fünften Buches. ²§ 336 Absatz 2 Nummer 1 des Fünften Buches ist entsprechend auf die Pflegekassen anzuwenden.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Auskünfte an Versicherte (Abs. 1)	2
1. Abs. 1 in der bis 31.12.2023 geltenden Fassung	3
2. Abs. 1 in der ab 1.1.2024 geltenden Fassung	5
III. Zugriffsrecht (Abs. 2)	13

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift ist mWv 1.6.1994 durch Art. 1 PflegeVG (vgl. Begr. des RegE S. 153 zu § 117) eingeführt worden. Sie wurde mit Wirkung zum 1.1.2016 geändert durch das Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424). Durch Art. 4 Nr. 3 Buchst. b Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) vom 9.12.2019 (BGBl. I 2562) wurde Abs. 2 mWv 19.12.2019 angefügt. Dieser wurde geändert durch das **Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur** (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) vom 14.10.2020 (BGBl. I 2115). Abs. S. 1 wurde neu gefasst, S. 2 eingefügt und der neue S. 3 mWv 1.1.2024 geändert durch das **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)** vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155).

II. Auskünfte an Versicherte (Abs. 1)

Die Vorschrift soll entsprechend § 305 SGB V (in der ab 1.1.1996 geltenden 2 Fassung) Kostentransparenz für den Versicherten herstellen (so Begr. des RegE S. 153 zu § 117). Tatsächlich geht es in der sozialen Pflegeversicherung weniger als in der GKV darum, das Kostenbewusstsein des Versicherten zu stärken. Wegen der Höchstgrenzen für nahezu alle Leistungen der sozialen Pflegeversicherung hat der Pflegebedürftige hier vielmehr ein besonderes Interesse daran, selbst überprüfen zu können, ob ihm die beantragten Leistungen bis zur gesetzlich vorgesehenen Höchstgrenze gewährt worden sind.

1. Abs. 1 in der bis 31.12.2023 geltenden Fassung

Die seit 1.1.2016 geltende Fassung harmonisiert den Auskunftsanspruch gegenüber 3 den Pflegekassen mit dem Anspruch auf Auskunft gegenüber den Krankenkassen nach § 305 Abs. 1 S. 1 SGB V. Dies verbessert die **Transparenz des Leistungsgeschehens** für die Versicherten und ermöglicht zudem die Unterrichtung über zeitlich weiter zurückliegende Leistungsansprüchen (s. zum einstweiligen Rechtsschutz BayLSG 6.12.2016 – L 2 P 38/16 B ER, BeckRS 2016, 75031). Die bis 31.12.2015 geltende Fassung sah vor, dass die Pflegekassen ihre Versicherten auf Antrag über die im letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten unterrichten. Da das in Frage stehende Geschäftsjahr idR dem Kalenderjahr entspricht, gab es keine rechtliche Grundlage für die Übermittlung von Daten aus dem laufenden Jahr. Diese rechtliche Grundlage wird mit der Änderung geschaffen: Nunmehr sind Versicherte auch über die Leistungen zu unterrichten, die im laufenden Jahr, also zeitnah vor Antragstellung, erbracht wurden (BT-Drs. 18/5926, 97).

Auskunftsberechtigt sind nach dem Wortlaut die Versicherten und damit auch 4 die Familienversicherten (§ 25). Streitig ist, ob die **Stammversicherten** auch einen Auskunftsanspruch bezüglich der von den Familienversicherten in Anspruch genommenen Leistungen haben (bejahend hinsichtlich der Kostentransparenz jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 45; verneinend unter Hinweis auf den Wortlaut der Norm Krauskopf/Waschull Rn. 5).

2. Abs. 1 in der ab 1.1.2024 geltenden Fassung

Abs. 1 **wurde durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz 5 (PUEG)** vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mit Wirkung zum 1.1.2024 geändert. Der Anspruch auf Information wurde dahingehend umformuliert, dass die Versicherten auf Anforderung einen **regelmäßigen Überblick** darüber, welche Leistungen im welchem Umfang sie bezogen haben, erhalten. Durch die Vorschriften soll zur Transparenz des Leistungsgeschehens beigetragen und Versicherten der sozialen Pflegeversicherung auch eine Plausibilitätsprüfung der abgerechneten Leistungen ermöglicht werden. Hierzu sollen auf Anforderung der Versicherten außerdem geeignete detailliertere Informationen zu den abgerechneten Leistungen übermittelt werden (amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 104).

Dies gilt mit der Maßgabe, dass die Versicherten oder deren Betreuerin oder 6 Betreuer oder von den Versicherten hierzu bevollmächtigte Personen sich bei der Pflegekasse melden und mitteilen, dass eine entsprechende Übersicht übermittelt werden soll. Um für Versicherte, die eine regelmäßige Übersicht über die von ihnen bezogenen Leistungen und deren Kosten wünschen, das Verfahren zu vereinfachen, wurde hinzugefügt, dass eine Übersicht **regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr** übermittelt wird, wenn die Versicherten dies wünschen. Der Wunsch, der zugleich als entsprechende Anforderung zu werten sei (so amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 103), muss dabei nur einmal geäußert werden. Die Übersichten werden seitens

der Pflegekasse sodann künftig automatisch übersandt, bis der Wunsch widerrufen wird oder die Leistungspflicht der Pflegekasse endet. Nach dem Ende der Leistungspflicht solle noch eine abschließende Übersicht übersandt werden. Mit dieser Regelung entfällt die bisherige Voraussetzung, dass jedes Mal erneut ein Antrag auf Unterrichtung eingereicht werden muss. Eine Unterrichtung der Versicherten unabhängig von dem Halbjahreszeitraum bleibt dabei unberührt, eine Anforderung nach Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Hs. 1 kann weiterhin jederzeit an die Pflegekasse gerichtet werden (amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 103).

- 7 Bei der Übermittlung der Übersicht soll darauf hingewiesen werden, wenn und inwiefern die Möglichkeit besteht, dass **noch nicht alle Leistungsabrechnungen** für den Zeitraum, für den die Übersicht erstellt wird, vorliegen und die Übersicht insofern nicht abschließend sein könnte (amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 103). Dadurch dass bekannt ist, welche Unterstützungsleistungen in welchem Umfang bereits in Anspruch genommen wurden und in welchem sie demgemäß noch zur Verfügung stehen, soll die Planung des Hilfe-Mixes erheblich erleichtert und Klarheit hergestellt werden, inwieweit der Jahresleistungsbetrag bereits ausgeschöpft ist und inwieweit die Leistungen im Jahresverlauf noch zur Verfügung stehen. Ähnliches gilt in Bezug darauf, inwieweit Kostenerstattungsansprüche bereits ausgeschöpft worden oder welche Leistungsbeträge noch verfügbar sind. Auch hinsichtlich der monatsbezogenen Ansprüche sollen die Informationen für die Hilfeplanung in der Zukunft helfen. Die Übersichten, die von der Pflegekasse übermittelt werden, sollen zwecks Transparenz auch leicht verständlich und für die Versicherten übersichtlich gestaltet werden, sodass eine **einfache und schnelle Information** ermöglicht wird (amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 103). Zudem soll eine für die Versicherten zugängliche Informationsquelle mit angegeben werden, aus der die Versicherten sich über die jeweiligen Leistungen und deren Voraussetzungen bei Bedarf gut nachvollziehbar informieren können (amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 103).
- 8 Die Regelung ist bewusst **technologieoffen** formuliert. So können die Übersichten für Versicherte, die eine entsprechende App der Pflegekasse nutzen, auch in die **App** eingestellt werden. Ebenso ist bei Vorliegen einer Einwilligung in diesen Übermittlungsweg auch die elektronische Übermittlung in Textform möglich, sofern hierbei die Anforderungen an den **Datenschutz und die Datensicherheit** eingehalten werden. Versicherte, die dies wünschen, sollen die Übersicht aber ebenfalls in ausgedruckter Form erhalten können (amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 104).
- 9 Die Pflegekassen können die von den Versicherten gewünschten Informationen auch in **kürzeren Abständen** zur Verfügung stellen als in dem gesetzlich geregelten Halbjahreszeitraum, zB einmal pro Kalendervierteljahr. Bei Nutzung digitaler Übermittlungswege wie einer Pflegekassen-App sind auch fortlaufende Aktualisierungen denkbar, soweit diese vorliegen. In diesem Fall sind die Hinweise, inwieweit die Daten vorliegen und inwieweit sie noch Änderungen unterliegen oder unvollständig sein können, besonders wichtig (amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 104).
- 10 Wenn private Versicherungsunternehmen, die die **private Pflege-Pflichtversicherung** durchführen, ihren Versicherten ebenfalls entsprechende Übersichten zur Verfügung stellen, wäre dies auch im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung hilfreich (amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 104).
- 11 Es soll für die Versicherten in verständlicher Form vorbereitet werden, welche konkreten Elemente der Leistungserbringung im Detail Leistungserbringende in dem Zeitraum, für den die Versicherten die **Auskunft (Nr. 2)** anfordern, in Bezug auf die Versicherten abgerechnet haben. Ob sich die Auskunft auf bestimmte Leistungserbringende oder auf alle Abrechnungen in einem bestimmten Zeitraum beziehen soll, richtet sich nach dem Auskunftersuchen der Versicherten. Auf Anforderung erhalten Versicherte auch eine **Durchschrift** der von den Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen. Erforderlichenfalls sind diese seitens der Pflegekasse zu erläutern bzw. mit Erläuterungen zu versehen, die die Abrechnungsinhalte für die

Versicherten nachvollziehbar und verständlich machen. So kann es sein, dass mit Kürzeln oder Ziffern gearbeitet wird, zu denen dann eine Legende oder Erläuterung beigelegt oder zu denen auf eine für die Versicherten einfach zugängliche Quelle mit entsprechenden Informationen hingewiesen wird. Sind die Abrechnungen in einer Form bei der Pflegekasse eingereicht worden, von der eine Durchschrift nicht gefertigt werden kann, sind die Abrechnungsinhalte in einer Form aufzubereiten und an die Versicherten zu übermitteln, die inhaltlich einer Durchschrift der Abrechnungsunterlagen entspricht und für die Versicherten nachvollziehbar und verständlich ist. Wird die Abrechnung zB durch Eintragungen in eine Datenbank vorgenommen, so ist ein entsprechender Auszug aus der Datenbank zu erstellen und in eine an die Versicherten übermittelbare Form zu bringen. Damit wird ebenfalls hinsichtlich der konkret abgerechneten Leistungen Transparenz geschaffen, wenn Versicherte entsprechende Informationen bei ihrer Pflegekasse anfordern (amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 104). Die Übermittlung aller nach Abs. 1 bereitgestellten Informationen hat in einer für die Versicherten wahrnehmbaren Form zu erfolgen; auf Wunsch der Versicherten sind die Informationen auch **barrierefrei** zu übermitteln. Die geltenden Anforderungen an den Datenschutz sind dabei zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zu gewährleisten. Das gilt insbesondere, wenn Pflegekassen-Apps oder diesen entsprechende elektronische Formen einsetzen (amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 104).

Mit dem neuen **S. 3** wird klargestellt, dass der bisherige S. 2 – ebenso wie der bisherige S. 3 – weiterhin auf den ganzen Abs. 1 Anwendung findet (amtl. Begründung BT-Drs. 165/23, 104).

III. Zugriffsrecht (Abs. 2)

Abs. 2 korrespondiert mit der Möglichkeit auf Seiten der Leistungserbringer, Angaben über die pflegerische Versorgung der Versicherten in der elektronischen Patientenakte zu speichern (§ 341 Abs. 2 Nr. 10 SGB V idF vom 3.6.2021, BGBl. I 1309). Durch den Verweis auf § 336 SGB V (idF bis 19.10.2020: auf § 291a Abs. 5 S. 8 und 9 SGB V, BR-Drs. 164/20, 155) wird klargestellt, dass die Versicherten ein **Zugriffsrecht** auf die im Zuge der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur übermittelten Angaben haben. Dieser Zugriff kann auch ohne den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information durch seine Pflegekasse gegenüber dieser schriftlich oder elektronisch erklärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen (BR-Drs. 360/19, 84).

Durch das Zugriffsrecht, das dem **Auskunftsrecht** nach Art. 15 DS-GVO entspricht (→ Vor §§ 93–109 Rn. 77), können die Versicherten entscheiden, welche Anwendung sie nutzen, ob und ggf. inwieweit sie diese mit (medizinischen) Daten selbst befüllen bzw. befüllen lassen, auswerten lassen, Inhalte eigenständig löschen oder löschen lassen. Durch die Möglichkeit der selbständigen Einsichtnahme kann die **Transparenz** im Behandlungsgeschehen und das Patientenwissen erhöht werden; dies hat vorteilhafte Auswirkungen auf ihre Mit- und Selbstbestimmung im Prozess informationsgestützter Leistungserbringung (jurisPK-SGB V/Hecheltjen SGB V § 336 Rn. 19).

Vierter Abschnitt. Statistik

§ 109 Pflegestatistiken

(1) ¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie über die

häusliche Pflege als Bundesstatistik anzuordnen. ²Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Art der Pflegeeinrichtung und der Trägerschaft,
2. Art des Leistungsträgers und des privaten Versicherungsunternehmens,
3. in der ambulanten und stationären Pflege tätige Personen nach Geschlecht, Geburtsjahr, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Berufsabschluß auf Grund einer Ausbildung, Weiterbildung oder Umschulung, zusätzlich bei Auszubildenden und Umschülern Art der Ausbildung und Ausbildungsjahr, Beginn und Ende der Pflegefähigkeit,
4. sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten der Pflegeeinrichtung, Ausbildungsstätten an Pflegeeinrichtungen,
5. Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Art, Ursache, Grad und Dauer der Pflegebedürftigkeit, Art des Versicherungsverhältnisses,
6. in Anspruch genommene Pflegeleistungen nach Art, Dauer und Häufigkeit sowie nach Art des Kostenträgers,
7. Kosten der Pflegeeinrichtungen nach Kostenarten sowie Erlöse nach Art, Höhe und Kostenträgern.

³Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Träger der Pflegeversicherung sowie die privaten Versicherungsunternehmen gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; die Rechtsverordnung kann Ausnahmen von der Auskunftspflicht vorsehen.

(2) ¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über die Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden als Bundesstatistik anzuordnen. ²Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Ursachen von Pflegebedürftigkeit,
2. Pflege- und Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen,
3. Pflege- und Betreuungsleistungen durch Pflegefachkräfte, Angehörige und ehrenamtliche Helfer sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag,
4. Leistungen zur Prävention und Teilhabe,
5. Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Pflegequalität,
6. Bedarf an Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen,
7. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.

³Auskunftspflichtig ist der Medizinische Dienst gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.

(3) ¹Die nach Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 3 Auskunftspflichtigen teilen die von der jeweiligen Statistik umfaßten Sachverhalte gleichzeitig den für die Planung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen zuständigen Landesbehörden mit. ²Die Befugnis der Länder, zusätzliche, von den Absätzen 1 und 2 nicht erfaßte Erhebungen über Sachverhalte des Pflegewesens als Landesstatistik anzuordnen, bleibt unberührt. ³Die Verordnung nach Absatz 1 Satz 1 hat sicherzustellen, dass die Pflegeeinrichtungen diesen Auskunftsverpflichtungen gemeinsam mit der Auskunftspflicht nach Absatz 1 durch eine einheitliche Auskunftserteilung nachkommen können.

(4) Daten der Pflegebedürftigen, der in der Pflege tätigen Personen, der Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer dürfen für Zwecke der Bundesstatistik nur in anonymisierter Form an die statistischen Ämter der Länder übermittelt werden.

(5) Die Statistiken nach den Absätzen 1 und 2 sind für die Bereiche der ambulanten Pflege und der Kurzzeitpflege erstmals im Jahr 1996 für das Jahr 1995 vorzulegen, für den Bereich der stationären Pflege im Jahr 1998 für das Jahr 1997.

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist mWv 1.1.1995 durch Art. 1 PflegeVG eingeführt worden. Ihr entsprach im RegE § 118; vgl. Begr. des RegE S. 153. Die Vorschrift wurde durch den AuS-Ausschuss und im Vermittlungsverfahren weitgehend umgestaltet. Durch Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses (BT-Drs. 12/5920, 93 f.) wurden die von der Statistik zu erfassenden Sachverhalte in Abs. 1 S. 1 Nr. 1–7 inhaltlich neugestaltet; in Abs. 1 S. 2 wurde die Auskunftspflicht auf die Träger der Pflegeversicherung sowie die privaten Versicherungsunternehmen ausgedehnt und Abs. 2 wurde neu eingefügt. Im ersten Vermittlungsverfahren (BT-Drs. 12/6424, 4) wurde Abs. 3 neu eingefügt; in Abs. 5 wurden die Daten der ersten Statistiken geändert. Abs. 2 Nr. 4 wurde durch Art. 10 Nr. 21 SGB IX an die Begrifflichkeiten des SGB IX angepasst; durch Art. 1 Nr. 66 PflegeWEG wurden zuvor unrichtige Satzziffern in der Verweisung auf die Abs. 1 und 2 korrigiert. Abs. 1 S. 2 Nr. 3 und 5 wurden durch Art. 1 Nr. 39 PflegeWEG ergänzt. Eine weitere Änderung erfolgte durch Art. 1 Nr. 39 PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 224) mit Wirkung zum 30.10.2012. Die letzte Änderung erfolgte durch das **PSG III** vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191).

II. Ermächtigung zur Statistikerstellung

Die Vorschrift ermächtigt die Bundesregierung, für Zwecke der Pflegeversicherung die Erstellung von Statistiken anzuordnen. Hierdurch soll dem Bund und den Ländern ausreichendes Datenmaterial über den Stand und die Entwicklung der pflegerischen Versorgung zur Verfügung gestellt werden, um die erforderliche pflegerische Infrastruktur aufbauen bzw. erhalten zu können.

Eine aufgrund Abs. 1 erstellte Statistik darf sich nur auf ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie auf die häusliche Pflege erstrecken. Das Führen einer **Statistik** dient generell der **Sammlung von Daten**, um das Erreichen der Zielsetzung eines Gesetzes zu überprüfen.

Die Statistik nach **Abs. 1** bezieht sich in erster Linie auf Pflegeeinrichtungen und Träger der Pflegeversicherung (sog. Einrichtungstatistik); vgl. Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-VO, zur Begründung BR-Drs. 698/98).

Mit der statistischen Abbildung von Art der Pflegeeinrichtung und der Trägerschaft (Abs. 1 Nr. 1; vgl. auch § 2 Abs. 1 Nr. 1 PflegeStatV) lässt sich ein statistischer Überblick über die verschiedenen Pflegeeinrichtungen und die Trägervielfalt herstellen (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 34).

Keine Pflegeeinrichtungen sind solche nach § 71 Abs. 4, bei gemischten Einrichtungen, die neben Leistungen der Pflegeversicherung auch andere Sozialleistungen iSd SGB I anbieten, darf die Statistik nicht auch diese anderen Leistungsbereiche erfassen (BR-Drs. 483/99, 10, zu Abs. 2; vgl. Krauskopf/Schneider Rn. 34 sowie jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 34).

Das Erhebungsmerkmal „Art des Leistungsträgers und des privaten Versicherungsunternehmens“ (**Abs. 1 S. 2 Nr. 2**) bezieht sich nicht auf die einzelnen Pflegekasernen, die die gleiche Art bilden, sondern zB auf Sozialhilfeträger, die im Rahmen der Eingliederungshilfe (vgl. § 28 Abs. 1 Nr. 3 SGB I) für Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 71 Abs. 4) zuständig sind, weil die

Pflegekasse insoweit einen Teil des Heimentgelts übernimmt (vgl. § 43a). Es geht hierbei um Bestimmung des Kostenträgers (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 35).

- 8 **Abs. 1 S. 2 Nr. 3** ermöglicht die Verschaffung eines Überblicks über die in der ambulanten und stationären Pflege tätigen Personen (vgl. auch § 2 Abs. 1 Nr. 2 PflegeStatV). Durch Art. 1 Nr. 39 des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) ist die Norm mWv 30.10.2012 um die Erhebungsmerkmale Geburtsjahr der Beschäftigten sowie Ausbildungsart (Beruf, Erstausbildung oder Umschulung) und Ausbildungsjahr erweitert worden, um angesichts der demografischen Entwicklung entsprechende Maßnahmen zur Sicherung des Fachkräftebedarfs auf ausreichend differenzierter Datengrundlage zu schaffen (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 36).
- 9 Die Ermächtigung in **Abs. 1 S. 2 Nr. 4** hinsichtlich „organisatorische Einheiten der Pflegeeinrichtung“ wurde bisher nur hinsichtlich Zahl und Art der Pflegeplätze gem. § 2 Abs. 1 Nr. 3 PflegeStatV umgesetzt. Ausbildungsstätten an Pflegeeinrichtungen werden derzeit nicht abgebildet (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 37).
- 10 Die Ermächtigung in **Abs. 1 S. 2 Nr. 5** zur Erhebung des pflegenden Personenkreises setzt § 2 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2 Nr. 2 PflegeStatV in Bezug auf Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit um. Bei stationär betreuten Pflegebedürftigen sind auch die Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistung und bei ambulant betreuten Pflegebedürftigen und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Postleitzahl des Wohnortes zu erheben (§ 2 PflegeStatV idF vom 19.7.2013). Durch das PSG III wurde in die Ermächtigung des § 109 bei Pflegebedürftigen nun generell die Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung mit aufgenommen.
- 11 Die in Anspruch genommenen Pflegeleistungen (**Abs. 1 S. 2 Nr. 6**) werden bisher nicht in der Statistik abgebildet (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 39).
- 12 Von der Ermächtigung in **Abs. 1 S. 2 Nr. 7** zur Erhebung der Kosten der Pflegeeinrichtungen nach Kostenarten sowie Erlöse nach Art, Höhe und Kostenträgern macht § 2 Abs. 1 Nr. 5 PflegeStatV nur hinsichtlich der an die Pflegeeinrichtung nach **Art und Höhe** der Pflegeleistung zu zahlenden **Entgelte** für allgemeine Pflegeleistungen nach Pflegeklassen und Unterkunft und Verpflegung Gebrauch (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 40). Mithilfe der Statistik lässt sich die Steigerung des Anteils der Pflegekosten im engeren Sinn, der durch den jeweiligen pauschalen Leistungsbetrag der Pflegeversicherung nicht gedeckt ist, seit der Einführung der zweiten Stufe der sozialen Pflegeversicherung (stationäre Pflege) im Jahr 1996 belegen (OVG Bln-Bbg 26.1.2017 – OVG 4 B 7.16, NVwZ-RR 2017, 543 = BeckRS 2017, 103468 Rn. 40).
- 13 Diese Statistik kann durch die nach **Abs. 2** vorgesehene Statistik über wichtige Sachverhalte im Zusammenhang mit der Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden ergänzt werden; von der Ermächtigung nach Abs. 2 hat der Gesetzgeber bislang keinen Gebrauch gemacht.
- 14 Auskunftspflichtig sind für die Statistik nach **Abs. 1** die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Träger der Pflegeversicherung sowie die privaten Versicherungsunternehmen; für die Statistik nach **Abs. 2** zusätzlich der MD.
- 15 **Abs. 3** hat allenfalls deklaratorische Bedeutung, zumal nicht ersichtlich ist, inwiefern das PflegeVG die auf Landesrecht beruhenden Befugnisse der Länder zu statistischen Erhebungen berühren oder gar einschränken kann. Die Norm trägt der besonderen Bedeutung der Länder für die Durchführung des PflegeVG Rechnung (Hauck/Noftz/Didong, 8/2013, Rn. 13).
- 16 Daten der Pflegebedürftigen, der Pflegekräfte und der ehrenamtlichen Pflegepersonen dürfen nur in anonymisierter Form an die statistischen Ämter der Länder übermittelt werden (Abs. 4). Die in Abs. 4 bestimmte Anonymisierung der für Zwecke der Bundesstatistik übermittelten Daten ist die wesentliche Grundlage statistischer Datenverwendung (Hauck/Noftz/Didong, 8/2013, Rn. 14).

Die erstmalige Erhebung erfolgte 1999 aufgrund der Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (PflegeStatV) vom 24.11.1999 (BGBl. I 2282). Damit wurde zwar die Vorgabe in Abs. 5 nicht eingehalten, da es sich dabei um eine Statistikermächtigung und keine Verpflichtung handelt, es liegt dennoch keine Rechtswidrigkeit vor (jurisPK-SGB XI/Prange Rn. 50). 17

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 Staffellung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
 - e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
 - f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,
 - g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet, vorzusehen.

(2) ¹Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. ²Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. ³Für Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, und für Personen, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 des Fünften Buches genannten Solidargemeinschaft sind und deren Beitrag zur Solidargemeinschaft sich nach § 176 Absatz 5 des Fünften

Buches vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. ⁴Würde allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches entstehen, gilt Satz 3 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Absatz 1, 3, 4 und 4a geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

(5) ¹Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. ²Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. ³§ 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Kontrahierungszwang (Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Nr. 1)	5
IV. Rahmenbedingungen für bestimmte Gruppen versicherungspflichtiger Personen	6
V. Allgemeine Rahmenbedingungen für Verträge über die private Pflegepflichtversicherung – Altgeschäft, Versicherte im Basisarif	7
1. Kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a)	9
2. Kein Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. b)	10
3. Begrenzung der Wartezeiten (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c)	11
VI. Allgemeine Rahmenbedingungen für Verträge über die private Pflegepflichtversicherung – Neugeschäft (Abs. 3 Nr. 2, Nr. 4)	12
VII. Rahmenbedingungen für Prämien	14

	Rn.
1. Keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. d, Abs. 3 Nr. 3) ..	15
2. Beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. f, Abs. 3 Nr. 6)	16
3. Begrenzung der Prämienhöhe – Altgeschäft (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e, Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g)	17
4. Begrenzung der Prämienhöhe – Neugeschäft (Abs. 3 Nr. 5)	19
5. Begrenzung der Prämienhöhe – Versicherte im Basistarif (Abs. 2 S. 2–4)	20
6. Begrenzung der Prämienhöhe – Mitglieder von Solidargemeinschaften (Abs. 2 S. 3)	24
VIII. Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen (Abs. 4)	25
IX. Akteneinsicht des Versicherten (Abs. 5)	28
X. Verhältnis des § 110 zu weiteren Regelungen für die private Pflegepflichtversicherung im SGB XI	29

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde durch das PflegeVG vom 26.5.1994 (BGBl. I 1014) mWv 1.1.1995 eingeführt. Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g aE wurde durch das GKV-GesundheitsreformG vom 22.12.1999 (BGBl. I 2626) mWv 1.1.2000 geändert. Dadurch wurde auf weitere in § 25 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 genannte Einkommensgrenzen Bezug genommen. Durch das LPartG vom 16.2.2001 (BGBl. I 266) wurde mWv 1.8.2001 die Geltung des Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g auf Lebenspartner erweitert. Dem Abs. 4 wurde durch das PflEG vom 14.12.2001 (BGBl. I 3728) mWv 1.1.2002 ein S. 2 angefügt, der durch das PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mWv 1.7.2008 wieder aufgehoben wurde. Er gab den privaten Versicherungsunternehmen in bestimmten Fällen eine Kündigungsmöglichkeit wegen Beitragszahlungsverzugs. Ebenfalls durch das PflegeWEG wurden dem Abs. 2 S. 2–4 mWv 1.1.2009 und S. 5 mWv 1.7.2008 angefügt, die sich auf Bedingungen für Versicherte im Basistarif nach § 12 VAG (idF bis zum 31.12.2015) beziehen. Des Weiteren wurde Abs. 3 durch die Bezugnahme auf die Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 VVG durch das PflegeWEG mWv 1.1.2009 erweitert. Abs. 5 wurde durch das PflegeWEG mWv 1.7.2008 neu eingeführt und gibt den privat Pflegeversicherten ein Recht auf Akteneinsicht. In Abs. 2 S. 2 und S. 3 Hs. 1 wurden durch das Gesetz zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen vom 1.4.2015 (BGBl. I 434) mWv 1.1.2016 die Verweise auf das VAG aktualisiert. Abs. 2 S. 3 nimmt aufgrund der Änderung durch das Neunte Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch vom 26.7.2016 (BGBl. I 1824) mWv 1.1.2017 hinsichtlich der Verminderung des Beitrags zur Krankenversicherung Bezug auf den – ebenfalls geänderten – Abs. 4 des § 152 VAG, der durch die Änderung nicht mehr aus mehreren Sätzen besteht. Durch dasselbe Gesetz wurde ebenfalls mWv 1.1.2017 Abs. 2 S. 4 aufgehoben, Abs. 2 S. 5 zum neuen S. 4 und dessen Hs. 1 wegen der Neufassung des § 26 SGB II geändert. MWv 9.6.2021 wurde durch das DVPfMG vom 3.6.2021 (BGBl. I 1309) in Abs. 3 die Bezugnahme auf die neu eingefügte Vorsorgepflicht nach § 23 Abs. 4a ergänzt. In Abs. 2 wurde mWv 1.7.2023 durch das Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts vom 6.6.2023 (BGBl. I Nr. 146) S. 3 um eine Verminderung des Beitrags von in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Mitgliedern von Solidargemeinschaften ergänzt.

II. Normzweck

Die Vorschrift bestimmt **Rahmenbedingungen** für die Verträge über die private Pflegepflichtversicherung von nach §§ 22, 23 in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtigen Personen. So kann der Ausschluss bestimmter versicherungsrelevanter Risiken nicht Voraussetzung für den Abschluss des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung sein (→ Rn. 9, 10, 13). Auch in der Ausgestaltung der Prämien für die private Pflegepflichtversicherung sind die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, nicht frei. Durch diese die ansonsten übliche Risiko- und Beitragskalkulation für private Versicherungen einschränkenden Vorgaben wird eine **sozialverträgliche Ausgestaltung der privaten Pflegepflichtversicherung** bezweckt (vgl. Abs. 1; s. auch BT-Drs. 12/5262, 153 f.; BT-Drs. 12/5952, 25; BSG 3.9.1998 – B 12 P 3/97 R, SozR 3–3300 § 20 Nr. 4 = VersR 1999, 81 = BeckRS 1998, 30023253).

Der Versicherungsvertrag, den der Versicherungsnehmer mit seinem privaten Versicherungsunternehmen über die private Pflegepflichtversicherung geschlossen hat, legt zusammen mit den allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV) die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien fest. Für dieses Versicherungsverhältnis, das eine Pflegekrankenversicherung gem. § 192 Abs. 6 VVG ist, sind die Vorschriften des Versicherungsvertragsrechts und des Privatrechts maßgeblich. Die Wirksamkeit des Versicherungsvertrags mit den allgemeinen Versicherungsbedingungen ergibt sich insbesondere aus der Prüfung, ob die Vorgaben der §§ 23 und 110 beachtet und umgesetzt wurden.

Als weiteres Ziel der Norm nennt Abs. 1 die **dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge** unter Wahrung der Interessen von Versicherten anderer Tarife. Dass die Verträge über die private Pflegepflichtversicherung für die Versicherungsunternehmen erfüllbar bleiben, ohne zB auf Rückstellungen aus anderen Tarifen der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen zurückzugreifen, wird allerdings nicht durch die Bedingungen des § 110 sichergestellt. Vielmehr ermöglicht das erst das nach § 111 geschaffene Ausgleichssystem, welches die aus den Rahmenbedingungen des § 110 resultierende unterschiedliche Verteilung der Versicherungsrisiken auf die privaten Versicherungsunternehmen und die Einschränkung der Beitragskalkulation ausgleichen hilft. Eine Quersubventionierung zwischen privater Pflegepflichtversicherung und privater Krankenversicherung wird durch jeweils einen eigenen Abrechnungsverbund nach § 160 S. 1 Nr. 6 VAG iVm § 22 KVAV ausgeschlossen.

III. Kontrahierungszwang (Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Nr. 1)

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung anbieten, unterliegen nach Abs. 1 Nr. 1 iVm Abs. 2 S. 1, 2 oder nach Abs. 3 Nr. 1 einem Kontrahierungszwang. Nach der Definition des Abs. 1 Nr. 1 sind sie zum Abschluss eines Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung mit nach § 23 Abs. 1, 2, 3 und 4 in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtigen Personen verpflichtet (vgl. → § 23 Rn. 5–14, → § 23 Rn. 25–27). Diese Pflicht besteht für sie auch gegenüber freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen, die sich nach § 22 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Der Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung muss nach Abs. 1 Nr. 1 den in § 23 Abs. 1 und 3 bestimmten Versicherungsschutz gewähren (vgl. → § 23 Rn. 28–34). Während grundsätzlich für alle privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung anbieten, der Kontrahierungszwang gilt, entsteht er gegenüber der konkreten versicherungspflichtigen Person nach dem Wortlaut des Abs. 1 Nr. 1 erst mit ihrem auf Abschluss eines Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung gerichteten

Antrag und verpflichtet das private Versicherungsunternehmen zur Annahme des Antrags. Die §§ 145 ff. BGB finden Anwendung (zum Zustandekommen des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung vgl. → § 23 Rn. 24).

IV. Rahmenbedingungen für bestimmte Gruppen versicherungspflichtiger Personen

- 6 Die Vorschrift sieht unterschiedliche Rahmenbedingungen für Verträge über die private Pflegepflichtversicherung, insbesondere für privat Krankenversicherte des „Altbestandes“ (Abs. 1, Abs. 2 S. 1), des „Neubestandes“ (Abs. 3) und für Versicherte im Basistarif (Abs. 1, Abs. 2 S. 2–4) vor. Für Pflege-Zusatzversicherungen gilt sie allerdings nicht.

V. Allgemeine Rahmenbedingungen für Verträge über die private Pflegepflichtversicherung – Altgeschäft, Versicherte im Basistarif

- 7 Abs. 2 S. 1 bestimmt, dass die in Abs. 1 genannten Rahmenbedingungen für Verträge über die private Pflegepflichtversicherung gelten, die mit folgenden Personen geschlossen werden: Nach Abs. 2 S. 1 Alt. 1 sind dies zum einen gem. § 23 Abs. 1, Abs. 2 S. 1, Abs. 1 iVm Abs. 3, Abs. 1 iVm Abs. 4 Nr. 1 in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtige Personen (vgl. Abs. 1 Nr. 1), die einen **privaten Krankenversicherungsvertrag** mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen mit technischem Versicherungsbeginn (dh für den Beginn des Versicherungsschutzes ist der im Versicherungsschein angegebene Zeitpunkt maßgebend) vor oder zum Inkrafttreten des PflegeVG am 1.1.1995 abgeschlossen haben. Auch für die Zeit, in der diese Versicherten des Altbestandes gem. § 193 Abs. 7 VVG im Notlagentarif nach § 153 VAG versichert sind, gelten für sie die Rahmenbedingungen nach Abs. 1 fort. Daneben nennt Abs. 2 S. 1 Alt. 2 **freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte**, die sich gem. Art. 41 Abs. 1 PflegeVG innerhalb des Zeitraums vom 1.1.1995 bis 30.6.1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 3 befreien lassen und einen Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung abschließen. Durch die Bezugnahme des Abs. 1 Nr. 1 auf die nach § 23 Abs. 3 und Abs. 4 in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtigen Personen muss Abs. 2 S. 1 auch diese umfassen, obwohl sich dessen Alt. nicht auf sie beziehen (so auch BSG 12.2.2004 – B 12 P 3/02 R, SozR 4–3300 § 23 Nr. 1 = Breithaupt 2004, 503 = BeckRS 2004, 41408). Daher gelten für sie in entsprechender Anwendung des Abs. 2 S. 1 die Rahmenbedingungen des Abs. 1, wenn sie bereits zum Inkrafttreten des PflegeVG am 1.1.1995 versicherungspflichtig in der privaten Pflegepflichtversicherung sind. Gemäß § 26a Abs. 1 S. 5 ist Abs. 1 auch auf Verträge über die private Pflegepflichtversicherung mit Personen anzuwenden, die von ihrem Beitrittsrecht zur privaten Pflegepflichtversicherung nach § 26a Abs. 1 bis zum 30.6.2002 Gebrauch gemacht haben (vgl. → § 26a Rn. 3).
- 8 Die Rahmenbedingungen des Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 Buchst. a–f sind auch bei Verträgen zu beachten und umzusetzen, die mit im **Basistarif** nach § 152 VAG versicherten Personen geschlossen werden (Abs. 2 S. 2). Solange Versicherte im Basistarif gem. § 193 Abs. 7 VVG im Notlagentarif nach § 153 VAG versichert sind, sind diese Rahmenbedingungen jedoch nicht anwendbar. Da sie für den Zeitraum nicht dem Basistarif unterfallen, können Abs. 1 Nr. 1 und 2 Buchst. a–f für sie nach Abs. 2 S. 2 nicht gelten. Vielmehr sind sie als Versicherte des Neubestandes gem.

Abs. 3 zu behandeln. Daher können für sie in der privaten Pflegepflichtversicherung möglicherweise höhere Prämien nach Abs. 3 Nr. 5 anfallen (vgl. → Rn. 19).

1. Kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a)

In den den Vorgaben des § 23 Abs. 1 und 3 entsprechenden Verträgen über die private Pflegepflichtversicherung dürfen Vorerkrankungen der versicherten Personen nicht vom Versicherungsschutz ausgenommen sein (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a iVm Abs. 2 S. 1, 2). Es ist daher nicht zulässig, einen Leistungsausschluss im Vertrag für den Fall aufzunehmen, dass sich nach Vertragsschluss das Risiko der Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Erkrankung der versicherten Person realisiert, die bereits bei Vertragsabschluss vorlag.

2. Kein Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. b)

Der Versicherungsschutz des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung muss nach Abs. 1 Nr. 2 Buchst. b iVm Abs. 2 S. 1, 2 auch Personen erfassen, die bei Abschluss des Vertrages bereits pflegebedürftig sind (beachte Ausnahme in § 23 Abs. 5). Durch diese Bedingung sollten bei Einführung der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung durch das PflegeVG alle – auch Pflegebedürftige – von den Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung profitieren. Die Bedingung wurde nicht in Abs. 3 für Versicherte des Neubestandes aufgenommen und gilt daher für sie nicht, weil diese im Vergleich zu denen des Altbestandes als weniger schutzbedürftig angesehen wurden (vgl. Begr. in BT-Drs. 12/5262, 154; BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 2014/95, BVerfGE 103, 197 = NJW 2001, 1709; aA Hauck/Noftz/Luthe, 7/2016, Rn. 33, wonach diese Rahmenbedingung auch auf den Neubestand anzuwenden sei).

3. Begrenzung der Wartezeiten (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c)

Der **Versicherungsschutz**, bzw. der Anspruch auf Leistung aus dem abgeschlossenen Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung besteht **erst nach Ablauf einer Wartezeit**. Diese Wartezeit wird durch Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c iVm Abs. 2 S. 1, 2 begrenzt, indem die der sozialen Pflegeversicherung nach § 33 Abs. 2 nicht überschritten werden darf. Entsprechend der Wartezeit gem. § 33 Abs. 2 S. 1 muss der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert gewesen sein (vgl. § 3 Abs. 2 MB/PPV). Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c ist eine Sonderregel zu § 197 Abs. 1 S. 2 VVG, der die Wartezeit in der Pflegekrankenversicherung auf maximal drei Jahre begrenzt. Erfüllt ein Elternteil die Wartezeit, gilt entsprechend § 33 Abs. 2 S. 3 auch die Wartezeit des versicherten Kindes als erfüllt (vgl. § 3 Abs. 3 MB/PPV). Nach § 23 Abs. 6 Nr. 2 ist die Versicherungszeit des Versicherten und seiner nach § 25 familienversicherten Angehörigen oder Lebenspartner in der sozialen Pflegeversicherung auf die Wartezeit anzurechnen (vgl. § 3 Abs. 4 MB/PPV).

VI. Allgemeine Rahmenbedingungen für Verträge über die private Pflegepflichtversicherung – Neugeschäft (Abs. 3 Nr. 2, Nr. 4)

Abs. 3 führt die Rahmenbedingungen für Verträge über die private Pflegepflichtversicherung auf, die Vertragsleistungen gem. § 23 Abs. 1 und 3 vorsehen

und dem sog. Neugeschäft zuzuordnen sind. Um vom Geltungsbereich des Abs. 3 umfasst zu sein, müssen die Versicherten **nach § 23 Abs. 1, 3, 4 oder 4a in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig** sein (vgl. → § 23 Rn. 5–18) oder **nach § 22 Abs. 1 Versicherungspflichtige** sein, die freiwillig in der GKV versichert sind und beantragen, von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit zu werden (vgl. → § 22 Rn. 2–5). Personen, für die die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung nach § 23 Abs. 1, § 23 Abs. 2 S. 1, § 23 Abs. 1 iVm Abs. 3 oder § 23 Abs. 1 iVm Abs. 4 Nr. 1 aufgrund des Abschlusses eines privaten Krankenversicherungsvertrages mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder einer Krankheitskostenversicherung gem. § 193 Abs. 3 VVG eingetreten ist, werden dem Neubestand nach Abs. 3 zugerechnet, wenn sie den privaten Krankenversicherungsvertrag mit einem technischen Versicherungsbeginn nach dem Inkrafttreten des PflegeVG am 1.1.1995 abgeschlossen haben. Hängt die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung nicht von dem Abschluss eines solchen privaten Krankenversicherungsvertrages ab (zB §§ 22 Abs. 1, 23 Abs. 3 und 4; vgl. → § 23 Rn. 9–14, 21), gelten die Bedingungen nach Abs. 3, wenn nicht nach Abs. 2 die Bedingungen des Abs. 1 gelten. Für Mitglieder von Solidargemeinschaften, für die gem. § 23 Abs. 4a eine Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung besteht, gelten ebenfalls die Rahmenbedingungen des Abs. 3. Zum Neubestand gehören auch Personen, die zunächst nach Abs. 1 iVm Abs. 2 S. 1 versichert waren, deren Versicherungspflicht jedoch entfiel, weshalb der Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung gekündigt wurde. Schließen sie wieder einen Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung nach dem erneuten Entstehen der Versicherungspflicht ab, gelten für sie die Bedingungen des Abs. 3, wobei das ununterbrochene Bestehen eines privaten Krankenversicherungsvertrages unbeachtlich ist (so BSG 2.9.2009 – B 12 P 2/08 R, SozR 4–3300 § 110 Nr. 2 = USK 2009–73 = BeckRS 2010, 65994). Abs. 3 findet außerdem auf Verträge über die private Pflegepflichtversicherung Anwendung, die nach § 26a Abs. 2 aufgrund einer schriftlichen Beitrittserklärung bis zum 30.6.2002 oder die unter den Voraussetzungen des § 26a Abs. 3 geschlossen worden sind (§ 26a Abs. 2 S. 5, Abs. 3 S. 3; nähere Ausführungen unter → § 26a Rn. 4, 5).

- 13 Als **allgemeine Rahmenbedingungen** sieht Abs. 3 nach Nr. 2 das Verbot des Ausschlusses von Vorerkrankungen der Versicherten und nach Nr. 4 die Unzulässigkeit längerer Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung vor. Hier gilt das zu den allgemeinen Rahmenbedingungen für Altbestände und Versicherte im Basistarif unter → Rn. 9 und → Rn. 11 Gesagte entsprechend.

VII. Rahmenbedingungen für Prämien

- 14 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. d–g iVm Abs. 2, Abs. 3 Nr. 3, 5, 6 enthalten Rahmenbedingungen bezüglich der Prämien und insbesondere der Prämienhöhe, die teilweise für die einzelnen Gruppen versicherungspflichtiger Personen unterschiedlich sind.

1. Keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. d, Abs. 3 Nr. 3)

- 15 Nach Abs. 1 Nr. 2 Buchst. d iVm Abs. 2 S. 1, 2 ist eine Staffelung der Prämien weder nach Geschlecht noch nach Gesundheitszustand der Versicherten zulässig. Somit dürfen Versicherte des Altbestandes und im Basistarif mit einem schlechteren Gesundheitszustand nicht mit einer jeweils höheren Prämie als vergleichsweise gesündere Versicherte belastet werden. Für Versicherte des Neubestandes gilt diese

Einschränkung nicht, sodass bei ihnen Risikozuschläge bezogen auf den Gesundheitszustand unter Einhaltung der Begrenzung der Prämienhöhe nach Abs. 3 Nr. 5 zulässig sind (vgl. BT-Drs. 12/5952, 49). Eine Staffelung der Prämien nach dem Alter der Versicherten ist hingegen bei allen Versichertengruppen möglich (vgl. § 8a Abs. 2, 3 MB/PPV). Gemäß Abs. 3 Nr. 3 gilt für sie jedoch ebenfalls, dass keine unterschiedlichen Prämien für Frauen und Männer erhoben werden dürfen. Die aufgrund der Unisex-Rspr. des EuGH (1.3.2011 – C-236/09, VersR 2011, 377 = NJW 2011, 907) seit dem 21.12.2012 geltende Pflicht, ausnahmslos geschlechtsneutrale Versicherungsprämien und Leistungen anzubieten, galt gem. Abs. 1 Nr. 2 Buchst. d, Abs. 3 Nr. 3 für die private Pflegepflichtversicherung schon immer. Bei den zur Aufstellung von Wahrscheinlichkeitstafeln von den Versicherungsunternehmen zu meldenden Daten wird allerdings gem. §§ 23 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Buchst. f und g, 26 KAV auch in der privaten Pflegepflichtversicherung nach Geschlecht differenziert.

2. Beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. f, Abs. 3 Nr. 6)

Für Verträge des Altbestandes gilt nach Abs. 1 Nr. 2 Buchst. f iVm Abs. 2 S. 1, 16 des Neubestandes nach Abs. 3 Nr. 6 und für Verträge mit Versicherten im Basistarif nach Abs. 1 Nr. 2 Buchst. f iVm Abs. 2 S. 2, dass die Kinder des Versicherungsnehmers beitragsfrei mitversichert sind. Die **Voraussetzungen** dafür müssen denen des § 25 entsprechen, die sich auf die Mitversicherung der Kinder beziehen (vgl. § 8 Abs. 2, 3, 4 MB/PPV; zu den Einzelheiten des § 25 → § 25 Rn. 5–15). Nach § 2 Abs. 2 S. 3 MB/PPV soll das Neugeborene spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur privaten Pflegepflichtversicherung angemeldet werden.

3. Begrenzung der Prämienhöhe – Altgeschäft (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e, Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g)

Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e und g iVm Abs. 2 S. 1 sehen Einschränkungen der Prämienhöhe für Versicherte des Altbestandes vor. Die Prämie, die für die versicherte Person aufgrund des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung zu zahlen ist, darf nach Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e Alt. 1 **nicht höher sein als der Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung**. Für die Beiträge der sozialen Pflegeversicherung sind die §§ 54 ff. maßgeblich. Die Höhe des Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung ergibt sich gem. §§ 54 Abs. 2, 55 iVm § 6 Abs. 7 SGB V iVm der gültigen Sozialversicherungs-RechengrößenVO aus der Multiplikation des Beitragssatzes mit der jeweils gültigen Beitragsbemessungsgrenze. Für Beihilferechtigte, die gem. § 23 Abs. 3 einen beihilfekonformen Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung (Teilkostentarif) abgeschlossen haben, darf die Prämienhöhe nicht mehr als 50 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung betragen (Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e Alt. 2). Aufgrund der einkommensbezogenen Ermittlung der Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung und der risikobezogenen Ermittlung der Prämien in der privaten Pflegepflichtversicherung kann es im Einzelfall zu Unterschieden in der Höhe der Beiträge der sozialen Pflegeversicherung und der entsprechenden Prämien der privaten Pflegepflichtversicherung kommen. Das ist verfassungsrechtlich zulässig (vgl. BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1681/94, 1 BvR 2491/94, 1 BvR 24/95, BVerfGE 103, 271 = NJW 2001, 1707; SchlHLSG 31.1.2003 – L 3 P 5/02, BeckRS 2003, 17708; LSG BW 28.3.2003 – L 4 P 3454/02, BeckRS 2003, 31380828). Es stellt keinen Verstoß gegen Art. 6 Abs. 1 GG oder Art. 3 Abs. 1 GG iVm Art. 6 Abs. 1 GG dar, dass Kindererziehungszeiten der Versicherten nicht durch eine Verminderung der Prämien berücksichtigt werden (so BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1681/94, 1 BvR 2491/94, 1 BvR 24/95, BVerfGE 103, 271 = NJW 2001,

1707). Der Beschluss des BVerfG vom 7.4.2022 (BVerfG 7.4.2022 – 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16, 1 BvR 2824/17, NJW 2022, 2169 = NZS 2022, 579) hat keine Auswirkungen auf diese Rechtsprechung (so auch Butzer/Lücke VersR 2023, 1545 ff.).

- 18 Zudem wird die **Prämienhöhe für Ehegatten oder Lebenspartner** gem. Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g iVm Abs. 2 S. 1 begrenzt, sobald diese nachgewiesen haben, dass das Gesamteinkommen eines Ehegatten oder Lebenspartners die Einkommensgrenzen gem. § 25 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 nicht überschreitet (s. Ausführungen unter → § 25 Rn. 12). Bei Erfüllung dieser Voraussetzung wird die Höhe der Prämien für beide Ehegatten oder Lebenspartner in der Weise begrenzt, dass die **Prämien zusammen maximal 150 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung** betragen dürfen. Im Rahmen des beihilfekonformen Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung gem. § 23 Abs. 3 sind die Prämien zusammen entsprechend auf 75 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt. Die Prämie für den Ehegatten hat dabei der Versicherungsnehmer zu zahlen (vgl. BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1681/94, 1 BvR 2491/94, 1 BvR 24/95 Rn. 56, BVerfGE 103, 271 = NJW 2001, 1707).

4. Begrenzung der Prämienhöhe – Neugeschäft (Abs. 3 Nr. 5)

- 19 Sobald der Versicherungsnehmer **mindestens fünf Jahre in der privaten Pflegepflichtversicherung oder privaten Krankenversicherung versichert** ist, wird gem. Abs. 3 Nr. 5 die Höhe der von ihm zu zahlenden Prämie für die private Pflegepflichtversicherung entsprechend Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e auf maximal den ganzen oder hälftigen **Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt** (weitere Ausführungen unter → Rn. 17). Bis zu dem Zeitpunkt unterfällt die Prämienhöhe bei Versicherten des Neubestandes keiner Begrenzung. Eine Anrechnung der Versicherungszeit in der sozialen Pflegeversicherung auf die Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren erfolgt nicht (hierzu → § 23 Rn. 43). Für den Neubestand sieht Abs. 3 die Möglichkeit der Begrenzung der Prämienhöhe für Ehegatten oder Lebenspartner nach Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g nicht vor.

5. Begrenzung der Prämienhöhe – Versicherte im Basistarif (Abs. 2 S. 2–4)

- 20 Für Verträge mit im Basistarif nach § 152 VAG versicherten Personen gilt gem. Abs. 2 S. 2 iVm Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e die **Begrenzung der Prämienhöhe** auf maximal den ganzen oder hälftigen **Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung** (→ Rn. 17). Die Begrenzung der Prämienhöhe für Ehegatten oder Lebenspartner gem. Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g gilt gem. Abs. 2 S. 2, S. 3 Hs. 2 für diese Versichertengruppe nicht. Nach Abs. 2 S. 3 Hs. 1 wird die Prämienhöhe darüber hinaus begrenzt, wenn und solange sich der Beitrag des im Basistarif Versicherten zur Krankenversicherung gem. § 152 Abs. 4 VAG vermindert, weil unabhängig von der Zahlung des Krankenversicherungsbeitrags für den Versicherten Hilfebedürftigkeit iSd SGB II oder SGB XII besteht (§ 152 Abs. 4 Hs. 1 Alt. 1 VAG) oder durch die Zahlung des Krankenversicherungsbeitrags entstehen würde (§ 152 Abs. 4 Hs. 1 Alt. 2 VAG).
- 21 Auch hierin folgt die Pflegeversicherung der Krankenversicherung (vgl. § 152 Abs. 4 VAG): **für die Dauer der Hilfebedürftigkeit** oder für die Zeit, in der Hilfebedürftigkeit entstehen würde, ist der **Beitrag zur Pflegeversicherung** gem. Abs. 2 S. 3 Hs. 1 auf 50 % des Beitrags, der sich aus Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e ergibt, **begrenzt**. Somit ist die Prämienhöhe auf 50 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung und bei einem Beihilfetarif auf 25 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt (so auch BSG 16.10.2012 – B 14 AS 11/12 R

Rn. 30, SozR 4–4200 § 26 Nr. 3 = NZS 2013, 311). Nach § 26 Abs. 3 S. 1 SGB II erhalten in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherte Bezieher von Bürgergeld von dem nach §§ 6, 36 SGB II zuständigen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende für die Dauer des Leistungsbezugs einen auf die Hälfte des Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung begrenzten Beitragszuschuss zur privaten Pflegepflichtversicherung. Diese Regelung dient der Umsetzung des BSG-Urteils vom 16.10.2012 – B 14 AS 11/12 R., BeckRS 2012, 76368 (s. Begr. in BT-Drs. 18/8041, 42).

Der nach §§ 3, 97 f. SGB XII zuständige Sozialhilfeträger übernimmt nach § 32 Abs. 6 SGB XII Aufwendungen für die private Pflegepflichtversicherung. § 32 Abs. 6 S. 1 aE SGB XII regelt, dass höchstens der halbe Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung als angemessene Höhe für den Beitrag zur privaten Pflegepflichtversicherung gilt.

Der Beitrag ist entsprechend Abs. 2 S. 3 zu vermindern, wenn allein die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Abs. 2 S. 2 zur Hilfebedürftigkeit des im Basistarif Versicherten nach dem SGB II oder XII führen würde (Abs. 2 S. 4 Hs. 1). In diesem Fall erhalten nach § 26 Abs. 4 S. 1 Nr. 2 SGB II die in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Bezieher von Bürgergeld von dem nach dem SGB II zuständigen Träger einen Zuschuss zum Beitrag zur privaten Pflegepflichtversicherung. Die Höhe des Zuschusses richtet sich danach, welcher Betrag für die Vermeidung der Hilfebedürftigkeit notwendig ist (§ 26 Abs. 4 S. 1 SGB II). Begrenzt ist der Zuschuss auf den halben Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung (§ 26 Abs. 4 S. 2 SGB II). Eine entsprechende Begrenzung regelt § 32 Abs. 6 S. 1 aE SGB XII bei Bezug von Leistungen nach dem SGB XII (s. auch → Rn. 22). Nach Abs. 2 S. 4 Hs. 2 prüft und bescheinigt der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII die Hilfebedürftigkeit des Versicherten auf dessen Antrag hin.

6. Begrenzung der Prämienhöhe – Mitglieder von Solidargemeinschaften (Abs. 2 S. 3)

Nach Abs. 2 S. 3 vermindert sich für Mitglieder einer in § 176 Abs. 1 SGB V genannten Solidargemeinschaft, die nach § 23 Abs. 4a in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind, unter bestimmten Voraussetzungen der Beitrag zur privaten Pflegepflichtversicherung. Diese Mitglieder von Solidargemeinschaften sind nicht, wie es Abs. 2 S. 3 ansonsten vorsieht, im Basistarif versichert, sondern erhalten ihre solidarische Unterstützung im Fall von Krankheit weiterhin von der Solidargemeinschaft. Wenn bei ihnen Hilfebedürftigkeit iSd SGB II oder SGB XII besteht oder durch die Zahlung ihres Beitrags zur Solidargemeinschaft Hilfebedürftigkeit entstehen würde, vermindert sich nach § 176 Abs. 5 S. 1 SGB V ihr Beitrag. Diese Regelung ist derjenigen zur Beitragsminderung im Basistarif bei Hilfebedürftigkeit nach § 152 Abs. 4 iVm Abs. 3 VAG nachgebildet (s. BT-Drs. 20/5664, 26 zu Art. 5). Dieser Logik folgend wird nach Abs. 2 S. 3 im Fall der Minderung des Beitrags zur Solidargemeinschaft nach § 176 Abs. 5 SGB V der **Beitrag zur privaten Pflegepflichtversicherung** auf den hälftigen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung **begrenzt**. Auch hier gilt die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g nicht. Abs. 2 S. 4 Hs. 1 gilt für Mitglieder von Solidargemeinschaften, die in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind, jedoch nicht, weil sich diese Regelung nur auf Versicherte des Basistarfs bezieht. Daher kommt es nicht zu einer Beitragsbegrenzung entsprechend Abs. 2 S. 3, wenn nur durch die Zahlung des Beitrags zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit iSd SGB II oder SGB XII entstehen würde. Ziel der Regelung ist nach der Gesetzesbegründung, „eine sichere und kontinuierliche Beitragszahlung“ der in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Mitglieder einer Solidargemein-

schaft, auch bei (drohender) Hilfebedürftigkeit, sicherzustellen (BT-Drs. 20/6442, 17 zu Art. 6).

VIII. Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen (Abs. 4)

- 25 Abs. 4 **schließt für die Dauer des Bestehens des Kontrahierungszwanges** nach Abs. 1 Nr. 1 oder Abs. 3 Nr. 1 jegliche **Rücktritts- und Kündigungsrechte des Versicherungsunternehmens aus**. Mit dem Entfallen der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung endet auch der Kontrahierungszwang. Sobald der Kontrahierungszwang wegfällt, ist dem privaten Versicherungsunternehmen die Kündigung des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung oder der Rücktritt von diesem möglich. Die Vorschrift dient einerseits der Absicherung des Kontrahierungszwanges, den das private Versicherungsunternehmen somit nicht durch Rücktritt oder Kündigung unterlaufen kann. Andererseits soll mit Abs. 4 verhindert werden, dass der Versicherte durch Verletzung seiner vertraglichen Pflichten, zB der Prämienzahlung, eine Kündigung provoziert, mit dem Ziel, der Versicherungspflicht zu entgehen (so BT-Drs. 12/5952, 49). Solange der Versicherungsnehmer mit der Prämienzahlung in Verzug ist, steht dem Versicherungsunternehmen ein Leistungsverweigerungsrecht entsprechend §§ 37 Abs. 2, 38 Abs. 2 VVG zu (vgl. BT-Drs. 12/5952, 49). Es kann von dem Versicherungsunternehmen aber nur für die Dauer des Verzuges ausgeübt werden, auch wenn währenddessen der Versicherungsfall in Form der Pflegebedürftigkeit eintritt. Ebenfalls ist es möglich, dass das Versicherungsunternehmen Prämienrückstände gegen den Pflegegeldanspruch aufrechnet, weil gem. § 394 S. 2 BGB kein Aufrechnungsverbot besteht (so BayLSG 28.3.2019 – L 4 P 67/17, BeckRS 2019, 9526). Dies gilt gem. § 192 Abs. 7 S. 4 VVG allerdings nicht, wenn die Krankheitskostenversicherung im Basistarif oder im Notagentarif besteht.
- 26 Vor dem Hintergrund der Gesetzesbegründung legt der BGH Abs. 4 so aus, dass jede außerordentliche Kündigung des privaten Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sei (BGH 7.12.2011 – IV ZR 105/11, BGHZ 192, 67 = NJW 2012, 1365). Abs. 4 könne nicht wie § 206 Abs. 1 S. 1 VVG teleologisch reduziert werden, so dass eine außerordentliche Kündigung bei „schwerwiegenden Vertragsverletzungen“ des Versicherungsnehmers, die nicht im Prämienverzug bestehen, zulässig wäre (BGH 7.12.2011 – IV ZR 105/11, BGHZ 192, 67 = NJW 2012, 1365). Wird allerdings ein privater Krankenversicherungsvertrag aus solch einem außerordentlichen Kündigungsgrund wirksam gekündigt und war der Versicherte aufgrund dieses privaten Krankenversicherungsvertrages nach § 23 Abs. 1 versicherungspflichtig in der privaten Pflegepflichtversicherung, entfällt dadurch für das Versicherungsunternehmen gegenüber diesem Versicherten der Kontrahierungszwang nach Abs. 1 Nr. 1 oder nach Abs. 3 Nr. 1. Infolgedessen greift der Ausschluss des Abs. 4 nicht mehr und das private Versicherungsunternehmen kann den Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung ordentlich kündigen (so auch HessLSG 15.2.2023 – L 6 P 66/20, BeckRS 2023, 6237). Durch diese Kündigung wird der Kontrahierungszwang nicht umgangen, weil mit dem Abschluss eines neuen privaten Krankenversicherungsvertrages oder einer Versicherung im Basistarif bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen die Versicherungspflicht nach § 23 Abs. 1 und somit auch der Kontrahierungszwang nach Abs. 1 Nr. 1 oder Abs. 3 Nr. 1 entsteht.
- 27 Das **Anfechtungsrecht** wird vom Wortlaut nicht umfasst. **Nach dem Sinn und Zweck** der Vorschrift ist es aber ebenfalls **ausgeschlossen**, solange der Kontrahierungszwang besteht, um nicht auf diesem Weg eine Vertragsbeendigung zu ermöglichen. Wird allerdings der private Krankenversicherungsvertrag angefochten, zB

wegen arglistiger Täuschung (vgl. § 22 VVG), und aufgrund dessen wirksam beendet, entfällt der Kontrahierungszwang für den Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung, wenn die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung gem. § 23 Abs. 1 aus der privaten Krankenversicherung resultierte. Der Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung kann folglich anschließend ordentlich gekündigt werden.

IX. Akteneinsicht des Versicherten (Abs. 5)

Abs. 5 S. 1 gewährt dem Versicherten ein Recht auf Akteneinsicht. Diese kann 28
er von seinem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Vertrag über die private Pflegepflichtversicherung besteht, verlangen. Bereits nach § 202 VVG steht dem Versicherten ein Einsichtsrecht zu, und es besteht für den Versicherer eine damit korrespondierende Auskunftspflicht. S. 2 bildet den wohl häufigsten und relevantesten Fall ab, bei dem das Recht auf Akteneinsicht für den Versicherten von Interesse ist. Er betrifft die Akteneinsicht, wenn dem Versicherten die Pflegebedürftigkeit und der entsprechende Pflegegrad aufgrund der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mitgeteilt wurden. Gleichzeitig mit dieser Mitteilung ist der Versicherte von seinem Versicherungsunternehmen über sein Akteneinsichtsrecht zu informieren (Abs. 5 S. 2). § 6 Abs. 2 S. 13 MB/PPV sieht einen Anspruch der versicherten Person auf Übermittlung der schriftlichen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit vor. Über Abs. 5 S. 3 ist **§ 25 SGB X entsprechend anwendbar**. Dort werden der Umfang und der Rahmen der Akteneinsicht sowie die Möglichkeit der Anfertigung von Abschriften oder Ablichtungen geregelt. Ebenfalls enthalten ist die Option, dem Versicherten den Akteninhalt durch einen Arzt oder durch Bedienstete der Behörde (hier: des Versicherungsunternehmens) zu vermitteln, wenn gesundheitliche Bedenken dies erfordern oder ansonsten eine Beeinträchtigung des Versicherten in seiner Persönlichkeitsentfaltung zu befürchten wäre.

X. Verhältnis des § 110 zu weiteren Regelungen für die private Pflegepflichtversicherung im SGB XI

Während § 110 die Rahmenbedingungen für Verträge über die private Pflegepflichtversicherung festlegt, richtet sich die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung nach **§ 23 Abs. 1, 3–5**. Über **§ 22** ist ebenfalls eine Versicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung aufgrund der Befreiung freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherter von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung möglich. **§ 23 Abs. 1 S. 2, 3, Abs. 3 S. 2, Abs. 6 Nr. 1** regeln das Leistungsrecht bzw. wirken sich darauf aus. Nach **§ 27** haben die Versicherungsnehmer die Möglichkeit der außerordentlichen Kündigung des Vertrages über die private Pflegepflichtversicherung. **§ 51** sieht insbesondere für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, Meldepflichten gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung vor, zB wenn Personen ihrer Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung nicht nachkommen. Verletzungen der Meldepflicht und die gemeldeten Tatbestände können gem. **§ 121** ordnungswidrig sein. Regelungen zum Beitragszuschuss des Arbeitgebers der in der privaten Pflegepflichtversicherung Versicherten enthält **§ 61**. **§ 111** verpflichtet zum Ausgleich der unterschiedlich verteilten Versicherungsrisiken. **§ 143** sieht wegen der Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II zum 1.1.2017 ein Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversiche- 29

rungsverträge vor. § 110a enthält Regelungen zur Erhebung eines befristeten Zuschlags zur privaten Pflegepflichtversicherung zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben.

§ 110a Befristeter Zuschlag zu privaten Pflege-Pflichtversicherungsverträgen zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben

(1) Für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 können private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse über die Prämie hinaus einen monatlichen Zuschlag erheben.

(2) ¹Bei der Ermittlung der Höhe des Zuschlags nach Absatz 1 dürfen ausschließlich Mehrausgaben des privaten Versicherungsunternehmens berücksichtigt werden, die

1. aus der Erfüllung der Verpflichtung nach § 150 Absatz 4 Satz 5 entstehen oder entstanden sind und
2. nicht durch Minderausgaben im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in dem Zeitraum, für den der Erstattungsbetrag nach § 150 Absatz 2 an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen gezahlt wurde, kompensiert werden können.

²Für die Ermittlung der Minderausgaben nach Satz 1 Nummer 2 ist ein Vergleich mit den Ausgaben im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung im entsprechenden Zeitraum des Jahres 2019 zugrunde zu legen. ³Alterungsrückstellungen sind für den Zuschlag nicht zu bilden.

(3) Die Mehrausgaben im Sinne des Absatzes 2 sind auf die Tarifstufen gemäß der Zahl der Leistungsempfänger der jeweiligen Tarifstufe zu verteilen und mit dem Zuschlag nach Absatz 1 gleichmäßig durch alle Versicherten der jeweiligen Tarifstufe der privaten Pflege-Pflichtversicherung zu finanzieren.

(4) ¹Die Erhebung des Zuschlags nach den Absätzen 1 bis 3 bedarf der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders. ²§ 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist entsprechend anzuwenden.

(5) ¹Dem Versicherungsnehmer ist die Höhe des Zuschlags nach Absatz 1 unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe und auf dessen Befristung in Textform mitzuteilen. ²Der Zuschlag wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung nach Satz 1 folgt. ³§ 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt entsprechend.

- (6) Der Zuschlag nach Absatz 1 wird nicht für Personen erhoben, die
1. Anspruch auf Arbeitslosengeld haben,
 2. Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch haben oder
 3. allein durch die Zahlung des Zuschlags hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buches würden.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Regelungsgegenstand	2
III. Corona-Zuschlag in der Privaten Pflegeversicherung	6
1. Pandemiebedingter Aufwand	6
2. Zuschlag auf die Prämie	9
3. Bemessung und Umsetzung	12

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 2 Nr. 32 Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) v. 11.7.2021 (BGBl. I 2754) eingeführt. Sie ist am 20.7.2021 in Kraft getreten. Der Anwendungszeitraum endete am 31.12.2022.

II. Normzweck und Regelungsgegenstand

Für Pflegeeinrichtungen wurde während der Corona-Pandemie außerhalb der allgemeinen staatlichen Rettungsschirme und Sonderprogramme im SGB XI ein „Rettungsschirm“ geschaffen, mit dem auf Kosten der gesetzlichen Pflegeversicherung Pflegeeinrichtungen von Mehrausgaben und Mindereinnahmen entlastet werden sollten. Private Versicherungsunternehmen, die die Pflegepflichtversicherung betreiben, sind nach § 150 Abs. 4 S. 2 verpflichtet, sich mit einem Anteil von 7 % an den Kosten zu beteiligen. § 110a regelt die Refinanzierung dieser Aufwendungen durch einen von den Versicherten zu leistenden, befristeten Zuschlag zur Versicherungsprämie.

Über die Kosten aus der Erstattung der Mehraufwendungen gemäß § 150 Abs. 4 S. 5 hinaus werden zusätzlich die Erstattung von pandemiebedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie die Kosten für Tests in die Refinanzierung einbezogen (dazu jurisPK-SGB XI/Vieweg Rn. 5). Zur Refinanzierung gegenüber den Pflegekassen beteiligt sich die Private Pflegepflichtversicherung im Rahmen eines Umlageverfahrens durch Zahlung an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65. Die Umlage wird gegenüber dem PKV-Verband geltend gemacht durch das Bundesamt für Soziale Sicherung. Einzelheiten des Verfahrens bestimmt § 150 Abs. 4. § 110a bestimmt die Refinanzierung dieser Umlagebeteiligung im Versicherungsverhältnis der Privaten Pflegepflichtversicherung.

Abs. 1 regelt die Befugnis des Versicherungsunternehmens, vom Versicherungsnehmer im Versicherungsverhältnis den Zuschlag zu verlangen. Es handelt sich um eine Sonderregelung zu den versicherungsvertragsrechtlichen Regelungen über die Versicherungsprämie.

Abs. 2 bestimmt die Berechnung der zu veranschlagenden Kosten, einschließlich der Minderung durch ersparte Aufwendung, Abs. 3 bestimmt die Verteilung dieser Aufwendungen auf die beiden Tarifstufen für Beihilfeberechtigte (PVB) und für Nichtbeihilfeberechtigte (PVN). Die Abs. 4 und 5 regeln die Voraussetzungen und das Verfahren, nach dem der Zuschlag im Versicherungsverhältnis gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend gemacht wird. Abs. 6 bestimmt eine Ausnahme für bestimmte Personen, von denen wegen erhöhter sozialer Schutzbedürftigkeit kein Zuschlag erhoben werden kann.

III. Corona-Zuschlag in der Privaten Pflegeversicherung

1. Pandemiebedingter Aufwand

Während der Corona-Pandemie mussten Pflegeeinrichtungen erhebliche Mehraufwendungen zur Aufrechterhaltung des Betriebs leisten. Gleichzeitig kam es aufgrund von Nichtbelegungen zu Einnahmeausfällen. Der Gesetzgeber hat hierauf mit einem „Pflegerettungsschirm“ reagiert, der nicht aus steuerfinanzierten Haushalten, sondern aus den Finanzen der gesetzlichen Pflegeversicherung finanziert wurde. Bei diesem Aufwand handelt es sich um gesamtgesellschaftliche Pandemiekosten, die als Kosten der Gefahrenabwehr (Testkosten) und des Gesundheitsschutzes in die

Zuständigkeit der Länder fallen und – wie die übrigen Rettungsschirme – aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Die Heranziehung der Versicherten der Gesetzlichen Pflegeversicherung bedeutet eine verfassungsrechtlich fragwürdige Sonderbelastung. Dies gilt insbesondere für die Private Pflegepflichtversicherung, die im Gegensatz zur Sozialen Pflegeversicherung keinerlei Steuermittel zum Ausgleich dieser Lasten erhalten hat (verfassungsrechtliche Würdigung bei Thüsing/Waldhoff, Versicherte und Steuerzahler, 2021, 67 ff., 94 ff.).

- 7 Die Mehrausgaben der Privaten Pflegepflichtversicherung aufgrund der genannten Corona-Maßnahmen (→ Rn. 2) umfassen in dem bisherigen Geltungszeitraum insgesamt mehr als 800 Mio. EUR. Diese Mehrausgaben konnten und können nicht in der Prämienkalkulation berücksichtigt werden, da sie zum einen bei der Erstellung der Prämienkalkulation nicht bekannt waren und zum anderen wegen ihres vorübergehenden Charakters nicht in die dauerhafte Kalkulation der Prämien einbezogen werden konnten. Die Refinanzierung erfolgt über den Zuschlag nach § 110a SGB V. Die Möglichkeit der Erhebung des Zuschlags ist in der Sozialen Pflegeversicherung nicht vorgesehen. Sie ist dort aber auch nicht erforderlich. Zum einen sieht § 153 SGB XI unter bestimmten Voraussetzungen eine Erstattung der pandemiebedingten Kosten durch den Bund in Form eines Bundeszuschusses an die Soziale Pflegeversicherung vor. Weiterhin wurde mit dem GVWG ein pauschaler Steuerzuschuss iHv 1 Mrd. EUR für die Soziale Pflegeversicherung eingeführt, der allein durch die pandemiebedingten Mehrausgaben gerechtfertigt werden konnte.
- 8 Nach Maßgabe der Gesetzesbegründung wurde bei der Bestimmung des Corona-Zuschlags davon ausgegangen, dass die Höhe der im Anwendungsbereich liegenden pandemiebedingten Mehrausgaben eine Größenordnung von ca. 530 Mio. EUR aufweisen. Die Gesetzesbegründung ging von einem Aufwand iHv bis zu 10 % der jährlichen Gesamtausgaben aus (BT-Drs. 19/30560, 72). Darin sind einbezogen Minderausgaben durch pandemiebedingt nicht erbrachte Leistungen, soweit dafür keine anderweitigen Leistungen in Anspruch genommen wurden. Tatsächlich erweist sich der Aufwand für den Pflegerettungsschirm in der Rückbetrachtung als deutlich höher. Ursächlich hierfür ist auch das Auszahlungsverfahren, das keine wirksame Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen möglich machte. Das nachgelagerte Prüfverfahren in einer Stichprobe ist ebenfalls nicht effizient und begründet die Gefahr einer Verschwendung von Beitragsmitteln (Kritik: Bundesrechnungshof, Bericht zur Prüfung der coronabedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen in der Sozialen Pflegeversicherung – Pflegerettungsschirm – v. 5.4.2023). Für die Unternehmen der Privaten Pflegepflichtversicherung besteht keinerlei Nachprüfungsmöglichkeit über die Berechtigung der geltend gemachten Ansprüche, nachdem die Abrechnung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung pauschal erfolgt.

2. Zuschlag auf die Prämie

- 9 Die Private Pflegepflichtversicherung beruht auf einem privatrechtlichen Versicherungsverhältnis, auf das die Vorschriften des VVG Anwendung finden. Gemäß § 203 Abs. 2 VVG kann der Versicherer nur die entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen in Verbindung mit den gesetzlichen Vorschriften berechnete Prämie vom Versicherungsnehmer verlangen. Es besteht keine Befugnis, nach eigenem unternehmerischen Ermessen Zuschläge zu erheben. § 110a schafft die gesetzliche Grundlage für die Erhebung der Zuschläge im bestehenden Versicherungsverhältnis. Die Befugnis besteht dabei nur für Vertragsverhältnisse über die Private Pflegepflichtversicherung. Für Zusatzversicherungen oder bei beendetem Versicherungsverhältnis kann auch rückwirkend kein Zuschlag erhoben werden.
- 10 Der Zuschlag nach Abs. 1 wird als Zuschlag zur Versicherungsprämie erhoben. Er ist nicht Bestandteil der Versicherungsprämie im engeren Sinn (BT-Drs. 19/

30560, 73). Der Zuschlag unterliegt nicht den Vorschriften über die Kalkulation der Versicherungsprämie. Zutreffend weist Abs. 2 S. 3 darauf hin, dass für diese Kosten keine Alterungsrückstellungen zu bilden sind. Denn die Kosten haben nur einen vorübergehenden Charakter und müssen nicht über die gesamte Laufzeit des Vertrages einkalkuliert werden. Aus der Einordnung als Zuschlag auf die Prämie folgt, dass die Regelung zur Begrenzung der Prämienhöhe nach § 110 Abs. 1 Nr. 2e auf den Höchstbeitrag der Sozialen Pflegeversicherung keine Anwendung findet (BT-Drs. 19/30560, 73). Für die Geltungsdauer des Zuschlags zahlten Versicherte, deren kalkulierte Prämie bereits auf den Höchstbeitrag begrenzt wurde, einen Beitrag oberhalb des Höchstbeitrages. Eine andere Regelung hätte wegen der Umlageelemente eine vollständige Neukalkulation der Prämien erforderlich gemacht.

Der Zuschlag auf die Prämie kann einkommensteuerrechtlich als Sonderausgaben gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3b EStG geltend gemacht werden, da es sich für den Versicherten um den erforderlichen Aufwand zur Erlangung der Gesetzlichen Pflegepflichtversicherung handelt. Demgemäß ist der Zuschlag auch in die Bemessung des Arbeitgeberzuschusses nach § 61 Abs. 2 zu berücksichtigen. Versicherungsnehmer ohne Arbeitgeber tragen den Zuschlag vollständig.

3. Bemessung und Umsetzung

Die Verteilung auf die Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung erfolgt nach Abs. 3. Die errechneten Mehraufwendungen sind entsprechend der jeweiligen Zahl der Pflegebedürftigen auf die Tarife für Beihilfeberechtigte und Nichtbeihilfeberechtigte aufzuteilen und dann als fester Zuschlag pro Kopf zur Monatsprämie zu erheben (BT-Drs. 19/30560, 73). Die Orientierung an der Zahl der Pflegebedürftigen ist daraus gerechtfertigt, dass durch die Leistungen aus dem Pflegerettungsschirm die aktuellen Leistungsempfänger besonders profitieren und auch die Verrechnung mit Minderausgaben aus eingesparten Leistungen bei den Leistungsempfängern sachangemessen ist. Wegen der höheren Zahl von aktuell Pflegebedürftigen folgte aus dieser gesetzlich vorgegebenen Verteilung, dass der Corona-Zuschlag für Beihilfeberechtigte bei 7,30 EUR/Monat und für die übrigen Versicherten bei 3,40 EUR/Monat zusätzlich zur kalkulierten Prämie betrug. Innerhalb der Tarife erfolgt allerdings keine Differenzierung, etwa nach Alter. Der Zuschlag wirkt insoweit wie eine Umlage zwischen den Versicherten eines Tarifs.

Ausgenommen von der Verpflichtung zur Zahlung des Corona-Zuschlags sind nach Abs. 6 Hilfebedürftige iSd SGB XI und solche Personen, die durch die Zuschlagszahlung hilfebedürftig nach dem SGB XII würden (dazu jurisPK-SGB XI/Vieweg Rn. 9). Kein Zuschlag wird weiterhin von beitragsfrei mitversicherten Kindern erhoben. Hier fehlt bereits eine zuschlagsfähige Prämie.

Zur Umsetzung im Versicherungsverhältnis eröffnet Abs. 1 den Unternehmen der Privaten Pflegepflichtversicherung die Möglichkeit, den Zuschlag zu erheben. Eine Verpflichtung besteht nicht. Tatsächlich wurde von dieser Möglichkeit im Zeitraum zwischen dem 1.1.2022 und dem 31.12.2022 Gebrauch gemacht. Die Mittel sind Teil des Ausgleichs nach § 110. Zur wirksamen Einbeziehung in die Verträge der Privaten Pflegepflichtversicherung knüpfen die Abs. 4 und 5 an die versicherungsvertraglichen Regelungen über die Beitragsanpassung in der Privaten Krankenversicherung an. Erforderlich sind insbesondere die Zustimmung des unabhängigen mathematischen Treuhänders sowie die rechtzeitige Mitteilung der für die Höhe des Zuschlags maßgeblichen Gründe, verbunden mit dem Hinweis auf die Befristung des Zuschlags. Mit Wirkung ab dem 1.1.2023 ist die Verpflichtung der Versicherten, entsprechende Zuschläge zu zahlen, ersatzlos gefallen. Die erheblichen, durch den Zuschlag nicht gedeckten Mehraufwendungen für den Pflegerettungsschirm sind als Leistungsausgaben von der Versicherten zu finanzieren.

§ 111 Risikoausgleich

(1) ¹Die Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne dieses Buches betreiben, müssen sich zur dauerhaften Gewährleistung der Regelungen für die private Pflegeversicherung nach § 110 sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach den §§ 45c, 45d und 123 und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2 und § 125b Absatz 2 Satz 2 am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. ²Das Ausgleichssystem muß einen dauerhaften, wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten; es darf den Marktzugang neuer Anbieter der privaten Pflegeversicherung nicht erschweren und muß diesen eine Beteiligung an dem Ausgleichssystem zu gleichen Bedingungen ermöglichen. ³In diesem System werden die Beiträge ohne die Kosten auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen, die eine private Pflegeversicherung betreiben, ermittelt.

(2) Die Errichtung, die Ausgestaltung, die Änderung und die Durchführung des Ausgleichs unterliegen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Schrifttum: Bach/Moser/Biederbick, Private Krankenversicherung: PKV, 6. Aufl. 2023; Besche/Vieweg, Die Pflegeversicherung, 9. Aufl. 2022.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Erforderlichkeit des Risikoausgleichs	2
III. Normadressaten	4
IV. Rechtlicher Rahmen und Ausgestaltung des Ausgleichssystems	5
V. Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht ..	7

I. Geltende Fassung

1 Die Vorschrift wurde durch das PflegeVG vom 26.5.1994 (BGBl. I 1014) mWv 1.1.1995 eingeführt. Abs. 1 S. 1 wurde durch das PflEG vom 14.12.2001 (BGBl. I 3728) mWv 1.1.2002 ergänzt. Dadurch bezieht sich der Risikoausgleich auch auf die Aufbringung der Fördermittel nach § 45c. Er bezieht sich zudem durch eine „notwendige Folgeänderung“ (BT-Drs. 19/4453, 104) auf die Mittel nach § 8 Abs. 9 S. 1 und 2. Diese Ergänzung von Abs. 1 S. 1 erfolgte durch das PpSG vom 11.12.2018 (BGBl. I 2394) mWv 1.1.2019. Des Weiteren dient der Risikoausgleich auch der Aufbringung der Fördermittel nach §§ 45d und 123 sowie der Mittel nach § 125b Abs. 2 S. 2. Diese Ergänzungen erfolgten durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.6.2023 mWv 1.7.2023 (BGBl. I Nr. 155). Es handelt sich bei der Ergänzung des § 45d um eine redaktionelle Anpassung und bei der Ergänzung der §§ 123, 125b Abs. 2 S. 2 um eine Folgeänderung aufgrund der Einführung der beiden neuen Fördertatbestände durch das PUEG (BT-Drs. 20/6983, 93). Durch das PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) wurde mWv 1.7.2008 in Abs. 2 „Aufsicht des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen“ durch „Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht“ ersetzt. Das ist eine Anpassung aufgrund der Umbenennung und Umorganisation der zuständigen Behörde (vgl. BT-Drs. 16/7439, 81).

II. Normzweck und Erforderlichkeit des Risikoausgleichs

Der Gesetzgeber hatte zunächst die Gründung eines Gemeinschaftsunternehmens der privaten Krankenversicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, für die Durchführung der privaten Pflegeversicherung beabsichtigt (s. BT-Drs. 12/5262, 43 f., 154 f.). Nun sieht Abs. 1 S. 1 die **Schaffung und den Erhalt eines Ausgleichssystems** vor. Dieses soll die **Versicherungsrisiken**, die den privaten Versicherungsunternehmen durch das Betreiben der privaten Pflegepflichtversicherung entstehen, **ausgleichen**. Für die private Pflegepflichtversicherung besteht ein eigener Abrechnungsverbund nach § 160 S. 1 Nr. 6 VAG iVm § 22 KVAV, sodass eine Quersubventionierung zwischen privater Pflegepflichtversicherung und privater Krankenversicherung ausgeschlossen ist. Damit soll das vorrangige Ziel der **dauerhaften Betreibung der privaten Pflegepflichtversicherung unter Einhaltung der Vorgaben des § 110** sowie der Sicherstellung der finanziellen Beteiligung gem. §§ 8 Abs. 9 S. 1 und 2 und § 125b Abs. 2 S. 2 und an der Förderung nach §§ 45c, 45d und 123 realisiert werden.

Die Schaffung eines Ausgleichssystems ist aus folgenden Gründen erforderlich: Eine Kalkulation der Versicherungsprämien, die dem Risiko entspricht und eine private Versicherung tragfähig macht, ist für die private Pflegepflichtversicherung nicht zulässig (vgl. § 110). Deshalb fallen je nach versicherten Personenkreisen die Belastungen durch die Realisierung des Risikos bei den einzelnen privaten Versicherungsunternehmen unterschiedlich aus (so auch BT-Drs. 12/5952, 49). Ein weiterer Grund ist der Kontrahierungszwang gem. § 110 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Nr. 1. Der auf anderem Wege nicht zu erreichende Ausgleich muss daher durch ein Ausgleichssystem bewirkt werden. Dabei muss dieses System wirkungsvoll und dauerhaft zu einer gleichmäßigen Verteilung der nicht zu beeinflussenden Risiken auf die einzelnen privaten Versicherungsunternehmen führen (vgl. Abs. 1 S. 2 Hs. 1).

III. Normadressaten

Normadressaten und damit verpflichtet, dem Ausgleichssystem anzugehören, sind die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung anbieten, neue Anbieter der privaten Pflegepflichtversicherung, sowie ausländische private Versicherungsunternehmen als Anbieter der privaten Pflegepflichtversicherung (s. BT-Drs. 12/5952, 49 f.).

IV. Rechtlicher Rahmen und Ausgestaltung des Ausgleichssystems

Zur Realisierung des Ausgleichssystems wurde der „**Pflege-Pool**“ als **Gesellschaft bürgerlichen Rechts** mit Sitz in Köln gegründet, deren Gesellschafter die Versicherungsunternehmen sind, die die private Pflegepflichtversicherung iSd SGB XI betreiben. Der Pflege-Pool regelt die rechtliche Ausgestaltung des Ausgleichssystems. Die Geschäftsführung und Vertretung der GbR nimmt der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. wahr. **Weitere Gesellschafter können der GbR durch Unterzeichnung des Gesellschaftsvertrages (Poolvertrag) beitreten**. Das Ausgleichssystem gilt für sie somit in derselben Weise wie für die ursprünglichen Gesellschafter, sodass dadurch die Voraussetzung nach Abs. 1 S. 2 Hs. 2 erfüllt wird. Gesellschafter, die den Betrieb der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeben, haben eine Kündigungsmöglichkeit. Bei Ausscheiden von Gesellschaftern wird die Gesellschaft mit den übrigen Gesellschaftern fortgeführt.

- 6 Der **Zweck der Gesellschaft** besteht insbesondere in der **Durchführung des finanziellen Ausgleichs** gem. Abs. 1 und in der **Beitragskalkulation** für die private Pflegepflichtversicherung. Bei den einzelnen Gesellschaftern des Poolvertrages gibt es jeweils unterschiedlich starke Gewichtungen von Versicherten bestimmter Altersgruppen, von beitragsfrei mitversicherten Kindern, von Ehegatten und Lebenspartnern, für die limitierte Prämien gelten, der Geschlechter und der Risikostruktur. Dies und die Begrenzung der Prämien unter den Voraussetzungen des § 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. e, Abs. 2, Abs. 3 Nr. 5 auf den ganzen bzw. hälftigen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung führt zu einer Differenz zwischen den Nettobedarfsbeiträgen und den Nettobeiträgen, die mithilfe des „Poolausgleichs“ ausgeglichen wird. Die Ermittlung der Nettoprämien für die private Pflegepflichtversicherung erfolgt auf gemeinsamen Kalkulationsgrundlagen (Abs. 1 S. 3) durch den PKV-Verband (im Einzelnen zur Kalkulation und dem Ausgleichsverfahren vgl. Besche/Vieweg Pflegeversicherung S. 77 ff.; Bach/Moser/Biederbick Teil J Rn. 108 ff.; Hauck/Noftz/König Rn. 14 ff.). Daher ist auch die Verwendung einheitlicher Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung erforderlich. Der Poolvertrag sieht zudem die einheitliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit iSv § 6 Abs. 2 MB/PPV durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung, die Medicproof GmbH, vor. Im Rahmen der Bruttoprämien (= Nettoprämien zuzüglich der Kostenzuschläge) ermöglicht die Vorschrift den einzelnen Versicherungsunternehmen den Wettbewerb unter Einhaltung des gesetzlich vorgesehenen Höchstbeitrags (vgl. § 110).

V. Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

- 7 Zuständiges Kontrollorgan ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Sie übt nach Abs. 2 die Aufsicht über die Errichtung, Ausgestaltung, Änderung und Durchführung des Risikoausgleichs aus.

Elftes Kapitel. Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen

Vorbemerkungen zu §§ 112 bis 120

Übersicht

	Rn.
I. Historie und Inhalt des Kapitels	1
II. Modell der Sicherung von Pflegequalität	5
III. Verhältnis zu den heimrechtlichen Vorschriften	7

I. Historie und Inhalt des Kapitels

Die Verpflichtung der Leistungserbringer und der Pflegekasse, eine dem anerkannten Standard entsprechende Qualität pflegerischer Leistungen zu erbringen, ergibt sich bereits aus § 28 Abs. 3 (vgl. hierzu → § 28 Rn. 9–12). Die §§ 112–120 sollen die Qualität der ambulanten und stationären pflegerischen Leistungen gewährleisten. Die **Qualitätssicherung** ist erstmals als eigenständiges Kapitel durch das PQsG vom 9.9.2001, BGBl. I 2320, mWv 1.1.2002 in das SGB XI eingeführt worden. Vor diesem Zeitpunkt regelte allein § 80 diesen Bereich. § 80 und der ebenfalls durch das PQsG eingefügte § 80a sind im Zuge der Zusammenführung aller Qualitätsvorschriften im Elften Kapitel durch das PflegeWEG zum 1.7.2008 aufgehoben worden.

Durch das PflegeWEG ergaben sich weitreichende Änderungen, auch weil das System von Leistungs- und Qualitätsnachweisen gem. § 114 idF des PQsG abgeschafft und die Vereinbarung von Leistungs- und Qualitätsmerkmalen in die Pflege-satzvereinbarung (§ 84 Abs. 5) integriert wurde. Die ursprüngliche Konzeption konnte nicht umgesetzt werden, nachdem die begleitende Verordnung gem. § 118 aF durch den Bundesrat abgelehnt worden war (vgl. BR-Drs. 588/02; hierzu Bieback NZS 2004, 337). Das Elfte Kapitel enthält neben der Qualitätssicherung noch Regelungen mit **Bezug zum Heimrecht** (§§ 117 und 119) sowie zum Pflegevertrag bei häuslicher Pflege (§ 120), ohne dass dies durch eine Unterteilung in Abschnitte zum Ausdruck käme. Die Beteiligung von **Interessenvertretungen** (§ 118) ist sukzessive ausgebaut worden.

Mit den umfangreichen Reformen des SGB XI durch die PSG I–III gingen auch weitreichende Änderungen der Regelungen des Elften Kapitels einher. Der Gesetzgeber beabsichtigte auch hier, die Pflegeversicherung auf neue Füße zu stellen. Für die Qualitätssicherung wie auch für die Qualitätsdarstellung waren deshalb auf wissenschaftlicher Grundlage von den Parteien der Selbstverwaltung unter Beteiligung von Prüfinstitutionen und Interessenvertretern neue **Maßstäbe und Grundsätze** zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu vereinbaren. Diese sollen insbesondere die Anforderungen an die Pflegedokumentation und eine indikatorengestützte Ermittlung der Ergebnisqualität regeln. Darüber hinaus sind sog. **Qualitätsdarstellungsvereinbarungen** nach § 115 zu schließen, die an die Stelle der bisherigen Transparenzberichterstattung treten. Die Zusammenarbeit der Vertragsparteien wurde im sog. **Qualitätsausschuss** nach § 113b, der auch an die Stelle der bisherigen Schiedsstelle tritt, neu geregelt. Eingriffs- und Aufsichtsrechte des BMG wurden deutlich gestärkt. Auch das Prüfgeschehen und seine Gegenstände nach §§ 114 ff. unterlagen beachtlichen Änderungen. Die Neueregungen durchziehen für die verschiedenen Entwicklungsschritte konkrete Fristsetzungen, die eine zeitnahe Umsetzung der Vorgaben zumindest suggerierten. Der straffe Zeitplan konnte indes nicht immer eingehalten werden.

- 4 Von besonderer Bedeutung ist die durch das GVWG und das PUEG in § 113c neu geregelte **Personalbemessung** in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Regelungen sollen durch Personalanhaltswerte für Fachkräfte, Hilfskräfte mit und ohne Ausbildung eine bundesweit einheitliche Bemessung des Pflege-Personalbedarfs bewirken. Zu diesem Zweck werden einheitliche Personalanhaltswerte für Fachkräfte, Hilfskräfte mit und ohne Ausbildung vorgegeben. In bestimmten Fällen kann die so definierte Personalausstattung auch überschritten werden; verankert wurde auch die Berücksichtigung besonderer Funktionsstellen. Zuletzt wurden durch das PUEG auch sog. Personalpools vorgesehen, mit deren Hilfe Engpässe möglichst auch ohne den Einsatz von Zeitarbeitskräften bewältigt werden können sollen. Eine Mindestpersonalausstattung soll durch Rahmenverträge festgelegt werden. Dagegen hat der Gesetzgeber durch das PUEG die verbindliche Etablierung von Expertenstandards nach § 113a angesichts der Schwerfälligkeit des Verfahrens aufgegeben. Die Versorgungsqualität hat sich gleichwohl nach dem medizinisch-pflegerischen Stand der Erkenntnisse zu richten.

II. Modell der Sicherung von Pflegequalität

- 5 Nach dem PflegeWEG stützt sich die Sicherung der Pflegequalität auf **drei Säulen** (vgl. RegE zum PflegeWEG BT-Drs. 16/7439, 41 f.; Igl SDSRV 61 (2012), 81 (96)):
- Qualitätsentwicklung durch allgemeine Maßstäbe und Grundsätze (MuG) zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113). Qualitätsvereinbarungen mit Pflegeeinrichtungen sind nach § 84 Abs. 5 und 6 Bestandteil der Pflegesatzvereinbarungen. Nach § 114 Abs. 1 S. 4 sind die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, bei den Qualitätsprüfungen mitzuwirken. Auf gesondert definierte Expertenstandards nach § 113a aF wird indes nunmehr verzichtet.
 - Transparenz der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen. Um für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen Leistungen und Qualität der Pflegeeinrichtungen vergleichbar zu machen, werden Bewertungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen erstellt und veröffentlicht (§§ 115, 115a).
 - Externe Qualitätssicherung durch den MD. Diese Säule wird insbesondere durch die regelmäßige Prüffrequenz für Pflegeeinrichtungen umgesetzt. Damit wird der Ansatz der Pflegequalität als „Bringschuld“ der Pflegeeinrichtungen modifiziert, der vom PQsG zur Stärkung der Eigenverantwortung von Pflegeeinrichtungen eingeführt worden war (vgl. BT-Drs. 14/5395, 1 und 40 aE, zur Verantwortung der Pflegeeinrichtungen aber auch § 112).
- 6 Mit dem PNG hat der Gesetzgeber zusätzliche Regelungen (§§ 114 Abs. 1 S. 5 ff., 115 Abs. 1b) eingefügt, um die Qualität der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen transparenter zu gestalten. Zugleich wurde der Versuch unternommen, unkoordinierte Doppelprüfungen von Pflegeeinrichtungen, die vor allem durch parallele Zuständigkeiten der Heimaufsichtsbehörden verursacht werden, zu vermeiden (§§ 114 Abs. 3, 117 Abs. 2). Das Hospiz- und Palliativgesetz und die PSG I–III haben diese Regelungen fortentwickelt. Auch durch das GVWG und das PUEG erfolgten weitere Nachjustierungen, insbesondere auch für das Zusammenwirken der Beteiligten der Selbstverwaltung.

III. Verhältnis zu den heimrechtlichen Vorschriften

- 7 Im Zuge der Föderalismusreform 2006 wurden die ordnungsrechtlichen Kompetenzen für das Heimrecht als konkurrierende Gesetzgebung auf die Länder übertra-

gen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG i d F des GG-ÄndG vom 28.6.2006, BGBl. I 2034). Von der Ermächtigung haben mittlerweile alle Bundesländer Gebrauch gemacht (Kingreen NVwZ 2013, 846; zu einzelnen Ländergesetzen Burmeister/Dinter NVwZ 2009, 628 ff.; Dickmann/Wiedersberg, Heimrecht, 11. Aufl. 2014, Teil C). Das aufgrund der früheren Bundeszuständigkeit erlassene HeimG ist mit Inkrafttreten des ThürWTG zum 24.6.2014 außer Kraft getreten (vgl. Art. 125a Abs. 1 GG).

Die ordnungsrechtlichen Heimvorschriften sehen ebenfalls Prüfungen der Qualität der stationären Pflegeeinrichtungen vor. Die Prüfaufträge der heimrechtlichen Behörden und der Landesverbände nach SGB XI für stationäre Pflegeeinrichtungen stehen gleichberechtigt nebeneinander. Das Heimrecht setzt den Schwerpunkt auf eine Prüfung der Strukturqualität, die §§ 112 ff. dagegen vorrangig auf Ergebnisqualität (vgl. § 114 Abs. 2 S. 3). In den Einzelheiten gibt es Überschneidungen, die durch eine Kooperation der Prüfstellen, zB § 21 LHeimG-BW, § 17 WTG-NW und §§ 114 Abs. 3, 117 gemildert werden sollen.

Die privatrechtliche Seite des Heimrechts, dh die Bestimmungen über Heimverträge, hat der Bund kraft Gesetzgebungskompetenz für das Zivilrecht gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG bundeseinheitlich geregelt. Das HeimRNG (vom 29.7.2009, BGBl. I 2319) setzte mWv 1.10.2009 das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBG) in Kraft und hob die §§ 5–9 HeimG auf. Gleichzeitig wurde § 119 neu gefasst. Die zivilrechtlichen Beziehungen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegediensten in der ambulanten Versorgung richten sich nach § 120 und ergänzend dem allgemeinen Zivilrecht.

§ 112 Qualitätsverantwortung

(1) ¹Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. ²Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5).

(2) ¹Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen und bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. ²Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

(3) ¹Der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. beraten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. ²Die Träger der Prüfinstitutionen sind verpflichtet, durch geeignete organisatorische und technische Maßnahmen sicherzustellen, dass auch in Krisensituationen eine qualifizierte Beratung erfolgen kann. ³Sie haben diese Maßnahmen im Internet bekannt zu machen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2

III. Grundsatz (Abs. 1)	Rn. 3
IV. Rahmen für Pflegeeinrichtungen (Abs. 2)	4
V. Beratung durch den MD (Abs. 3)	5

I. Geltende Fassung

- 1 § 112 wurde neu gefasst durch Art. 1 Nr. 23 PQsG vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) mWv 1.1.2002. Nur Abs. 1 S. 1 hat unverändert die Fassung des PQsG. Im Übrigen wurde die Norm durch Art. 1 Nr. 69 PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mWv 1.7.2008 umbenannt und umgestaltet. Der geänderte Abs. 1 S. 2 und der neu gefasste Abs. 2 haben die Fassung des RegE zum PflegeWEG (BT-Drs. 16/7439, 22, Begr. S. 81). Abs. 3 (aF) wurde aufgehoben, der neue Abs. 3 entspricht der Beschlussempfehlung des AfG (BT-Drs. 16/8525, 47, Begr. S. 102). Durch Art. 6 Nr. 2 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.7.2011 (BGBl. I 1622) wurde Abs. 3 ergänzt. Abs. 2 S. 2 wurde geändert mWv 1.1.2017 durch Art. 2 Nr. 44 des PSG II vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424). Abs. 3 wurde durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789), dort Art. 10 Nr. 17, geändert. Zuletzt wurden die Abs. 2 und Abs. 3 durch das PUEG vom 19.6.2023 (BGBl. I 155) gem. Art. 1 Nr. 36 mWv 1.7.2023 geändert.

II. Normzweck und Überblick

- 2 § 112 regelt in Abs. 1 die grundsätzliche **Qualitätsverantwortung** der Träger der Pflegeeinrichtungen. Abs. 2 fasst die Verpflichtungen der Qualitätssicherung für zugelassene Pflegeeinrichtungen zusammen, die in anderen Bestimmungen des Kapitels näher ausgestaltet werden. Die Pflegeeinrichtungen und ihre Träger haben gem. Abs. 3 einen Anspruch gegen den MD bzw. den Prüfdienst des PKV auf Beratung.

III. Grundsatz (Abs. 1)

- 3 Die Träger der Pflegeeinrichtungen sind nach §§ 71, 72 Abs. 3 für die Qualität ihrer Leistungserbringung verantwortlich. Abs. 1 S. 1 bestätigt dies nochmals, indem er klarstellt, dass diese Verantwortung für die **Pflegequalität** unabhängig vom Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen gem. § 69 besteht. Dadurch wird zugleich betont, dass die Einrichtungsträger die erforderlichen Maßnahmen selbst im Rahmen ihrer Gestaltungsspielräume zu veranlassen haben. Hiervon umfasst sind die Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität (§ 114 Abs. 2 S. 5 u. 6). Die Träger haben die zur Qualitätssicherung erforderliche Personal- und Sachausstattung vorzuhalten (vgl. BT-Drs. 14/5395, 39; BeckOGK/Opolony Rn. 7). Die Maßstäbe der Pflegequalität werden nicht erst durch die Qualitätsprüfung konkretisiert und aktualisiert; ihre Einhaltung ist bereits **Vorbedingung für die Zulassung** durch Versorgungsvertrag gem. § 72 (BSG 16.5.2013 – B 3 P 5/12 R, SozR 4–3300 § 115 Nr. 2 = SGB 2014, 505 = BeckRS 2013, 72101). Für die Vereinbarung der Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 und eine sich hiernach richtende leistungsgerechte **Vergütung** (§ 84 Abs. 2 S. 1) formulieren die Vorgaben des 11. Kapitels daher zwingende Grundlagen, die von den Pflegesatzparteien und ggf. der Schiedsstelle (§ 76) umzusetzen sind (LSG Nds-Brem 27.6.2014 – L 15 P 70/08 KL, BeckRS 2016, 71938). Die Pflegeeinrichtungen müssen auf der Grundlage der Pflegesatzvereinbarung also tatsächlich in der Lage sein, die Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Entsprechendes gilt nach § 89 auch für ambulante Dienste.

IV. Rahmen für Pflegeeinrichtungen (Abs. 2)

Abs. 2 gibt den Rahmen für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität durch zugelassene Pflegeeinrichtungen vor. S. 1 zählt die Verpflichtungen auf, die sie insoweit treffen (§§ 113 und 114), S. 2 legt den Gegenstand der Qualitätssicherung für die stationäre Pflege fest (vgl. auch § 114 Abs. 2 S. 7). Erfasst sind danach neben der allgemeinen Pflegeleistung auch die medizinische Behandlungspflege, die Betreuung einschließlich der Leistungen nach § 43b, Unterkunft und Verpflegung sowie ggf. Zusatzleistungen. Durch das PSG II wurde S. 2 lediglich terminologisch angepasst. Durch das PUEG wurde § 113a gestrichen, so dass auch der Verweis auf diese Vorschrift in § 112 entfallen ist.

V. Beratung durch den MD (Abs. 3)

Seit 1.7.2008 besteht nach Abs. 3 in Fragen der Qualitätssicherung ein **Anspruch** auf Beratung durch den MD (BT-Drs. 16/8525, 136), der mit dem Gesetz zur Änderung des InfektionsschutzG auf den Prüfdienst des PKV erweitert wurde (Krauskopf/Knittel, 115. EL 2022, Rn. 6; LPK-SGB XI/Bachem, 5. Aufl. 2018, Rn. 15; jurisPK-SGB XI/Altmiks Rn. 57). Durch das PUEG wurden die Pflichten der Träger der Prüfeinrichtungen nochmals ergänzt. Danach haben sie für den Fall einer Krisensituation sicherzustellen, dass die notwendige qualifizierte Beratung tatsächlich erfolgen kann, etwa durch die Einrichtung eines Krisentelephons und entsprechende Bekanntmachungen im Internet. Der Beratungsanspruch der Einrichtungen soll dadurch insbesondere auch in pandemischen Notlagen erfüllt werden können (BT-Drs. 20/6544, 76).

§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

(1) Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 gelten für die Betreuungsdienste die Vorschriften des Elften Kapitels für ambulante Pflegedienste nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) ¹Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. ²Dabei sind die in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben zu beachten. ³Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Betreuungsaufgaben können die nach den Richtlinien erforderlichen Qualifikationen auch berufsbegleitend erwerben. ⁴Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses mit.

(3) ¹Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses zu beteiligen. ²Ihnen ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung und unter Übermittlung

der hierfür erforderlichen Informationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.³Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Inhalt der Richtlinien einzubeziehen.

(4)¹Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen.²Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(5) Eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten findet in der Übergangszeit bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 nicht statt.

(6) Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund sind unverzüglich im Anschluss an den Richtlinienbeschluss nach Absatz 2 Satz 1 entsprechend anzupassen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Regelungsvorgaben (Abs. 1, Abs. 2 S. 2 u. 3, Abs. 5)	3
IV. Verfahren (Abs. 2 S. 1 und 4, Abs. 3, Abs. 4, Abs. 6)	4

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde durch das TSVG vom 6.5.2019 (BGBl. I 646) mWv 11.5.2019 eingeführt. Durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789) erfolgten mWv 1.1.2020 durch Art. 10 Nr. 18 zahlreiche redaktionelle Änderungen (BT-Drs. 19/13397, 99). Abs. 2 S. 3 wurde mWv 20.7.2021 durch Art. 2 Nr. 33 GVWG vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) eingefügt, wodurch der bisherige S. 3 zu S. 4 wurde.

II. Normzweck und Überblick

- 2 § 112a stellt eine Übergangsregelung für die durch das TSVG in die Regelversorgung aufgenommenen Betreuungsdienste (§ 71 Abs. 1a) dar. Diese erbringen dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistungen nach § 36. Für diese Betreuungsdienste soll das nach § 113b Abs. 4 S. 2 zu schaffende Qualitätssystem ebenfalls gelten. Bis zu dessen endgültiger Implementierung – nach praktischer Erprobung – bedurfte es eigener Regelungen für die Betreuungsdienste, die nach dem in § 112a vorgesehenen Verfahren zu schaffen waren. Diese Regelungen sind schließlich wiederum in das System nach § 113b Abs. 4 S. 2 zu integrieren und auch die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des MD (§ 115a) entsprechend anzupassen. In der Übergangszeit erfolgt nach Abs. 5 keine Qualitätsberichterstattung zu den Betreuungsdiensten (BT-Drs. 19/6337, 154). Die Ergänzung von Abs. 2 S. 3 durch das GVWG ermöglicht den berufsbegleitenden Erwerb erforderlicher Qualifikationen und soll den Betreuungsdiensten im Gleichlauf mit ambulanten Pflegediensten die Personalgewinnung erleichtern (BT-Drs. 19/30560, 73).

III. Regelungsvorgaben (Abs. 1, Abs. 2 S. 2 u. 3, Abs. 5)

- 3 Die **materiellen Regelungsvorgaben** des § 112a finden sich über mehrere Absätze verteilt. Abs. 1 ordnet zunächst allgemein an, dass die für ambulante Pflege-

dienste geltenden Vorschriften des 11. Kapitels auch für Betreuungsdienste gelten; Modifikationen ergeben sich aus den weiteren Vorgaben des § 112a. Für die danach greifenden Regelungen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung sind die dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben zu beachten (Abs. 2 S. 2). Gemeint sind hiermit die Modellvorhaben nach § 125 i d F des PNG vom 23.10.2012, mit denen die Leistungserbringung durch Betreuungsdienste erprobt wurden (vgl. Krauskopf/Knittel, 115. EL 2022, Rn. 2). Diese sind auch wissenschaftlich evaluiert und begleitet worden; die entsprechenden Erkenntnisse sind bei den Regelungen nach § 112a einzubeziehen (jurisPK-SGB XI/Altmiks Rn. 18). Für die Übergangszeit erfolgt keine Qualitätsberichterstattung (Abs. 5). Die Beschäftigten der Betreuungsdienste können nach Abs. 2 S. 3 erforderliche Qualifikationen auch berufsbegleitend erwerben.

IV. Verfahren (Abs. 2 S. 1 und 4, Abs. 3, Abs. 4, Abs. 6)

Nach Abs. 2 S. 1 sind zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung der Betreuungsdienste Richtlinien zu erlassen. Dies ist mit den **Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes** vom 17.7.2019 geschehen. Änderungen erfolgten am 8.2.2021. Die geänderten Richtlinien wurden vom BMG am 15.3.2021 genehmigt (abrufbar unter www.gkv-spitzenverband.de). Diese Richtlinien sehen insbesondere ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vor, das durch eine fortlaufende und dokumentierte Überprüfung der erbrachten Leistungen die für diese geltenden Qualitätsvorgaben sicherstellen muss (Ziff. 3.1 der Richtlinien). Zur Gewährleistung der Standards sind die Leistungen unter Verantwortung einer entsprechend qualifizierten, geeigneten und zuverlässigen Fachkraft zu erbringen (Ziff. 3.6 der Richtlinien). Die eingesetzten Betreuungskräfte müssen entsprechend § 53b qualifiziert sein, wobei es genügt, wenn diese entsprechende Qualifikationsmaßnahmen begonnen haben (Ziff. 3.7.1 der Richtlinien). Die Richtlinien enthalten im Übrigen ua Vorgaben für ein Einarbeitungskonzept, ein Beschwerde-management und die Leistungsdokumentation.

Verfahren, Beteiligungsrechte und Genehmigungserfordernis entsprechen denjenigen für andere im 11. Kapitel vorgesehene Richtlinien. Für den Richtlinien-erlass ist nach den Neuregelungen durch das MDK-Reformgesetz inzwischen der MD Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung zuständig (S. 1). Die auf Bundesebene maßgeblichen Interessenvertretungen der Leistungsberechtigten wirken entsprechend § 118 und damit der PflBeteiligungsV vom 22.3.2013 (BGBl. I 599) hieran mit (S. 4). Die Verbände und Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen und Pflegeberufe, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sind nach Abs. 3 S. 1 zu beteiligen. Vor der Beschlussfassung über die Erarbeitung bzw. Änderung der Richtlinien ist diesen – innerhalb einer angemessenen Frist – Gelegenheit zur Stellungnahme zu gewähren (Abs. 3 S. 2); ihre Stellungnahmen sind bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen (Abs. 3 S. 3). Letzteres setzt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit diesen Stellungnahmen voraus (BeckOK/Opolony, 1.3.2022, Rn. 9). Die erarbeiteten bzw. geänderten Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das BMG (Abs. 4 S. 1); etwaige Beanstandungen des BMG sind innerhalb einer von ihm gesetzten Frist zu beheben (Abs. 4 S. 2). Das BMG hat dabei auch zu prüfen, ob die vorstehend genannten Beteiligungsrechte gewahrt wurden. Schließlich sind nachfolgend die **Qualitätsprüfungs-Richtlinien** des MD (§ 115a) den Richtlinien nach § 112a entsprechend anzupassen.

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst. ²In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. ³Die Anforderungen sind so zu gestalten, dass die Pflegedokumentation in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann. ⁴Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen. ⁵In den Vereinbarungen ist zu regeln, welche Fort- und Weiterbildungen ganz oder teilweise in digitaler Form durchgeführt werden können; geeignete Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen sind durch die Pflegekassen anzuerkennen. ⁶Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen. ⁷Sie sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. ⁸Soweit sich in den Pflegeeinrichtungen zeitliche Einsparungen ergeben, die Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation auf Grundlage des pflegefachlichen Fortschritts durch neue, den Anforderungen nach Satz 4 entsprechende Pflegedokumentationsmodelle sind, führen diese nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen. ⁹Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. ¹⁰Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(1a) ¹In den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben. ²Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten festzulegen. ³Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten,

insbesondere sind personenbezogene Daten von Versicherten vor der Übermittlung an die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b zu pseudonymisieren. ⁴Eine Wiederherstellung des Personenbezugs durch die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b ist ausgeschlossen. ⁵Ein Datenschutzkonzept ist mit den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden abzustimmen. ⁶Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit beschließen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 unverzüglich die Vergabe der Aufträge nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2.

(1b) ¹Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, die entsprechend den Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten zusammenzuführen sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a auszuwerten. ²Zum Zweck der Prüfung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach den §§ 114 und 114a sowie zum Zweck der Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a übermittelt die beauftragte Institution die Ergebnisse der nach Absatz 1a ausgewerteten Daten an die Landesverbände der Pflegekassen und die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständigen; diese dürfen die übermittelten Daten zu den genannten Zwecken verarbeiten. ³Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren diesbezüglich entsprechende Verfahren zur Übermittlung der Daten. ⁴Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten. ⁵Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitung ihrer Aufgaben zu geben. ⁶Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Januar 2018 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. ⁷§ 113b Absatz 8 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(2) ¹Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. ²Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. ³Die am 1. Januar 2016 bestehenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege gelten bis zum Abschluss der Vereinbarungen nach Absatz 1 fort.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Vereinbarungen zur Qualitätssicherung	3
IV. Vertragsparteien	7
V. Zustandekommen, Verbindlichkeit und Kündigung	8

I. Geltende Fassung

§ 113 wurde neu gefasst durch Art. 1 Nr. 70 PflegeWEG vom 28.5.2008, BGBl. I 1 874, mWv 1.7.2008. Die Vorschrift übernimmt den aufgehobenen § 80 Abs. 2 unverändert und § 80 Abs. 1 und 3 in modifizierter Form. § 113 hat weitgehend die Fassung des RegE zum PflegeWEG (BT-Drs. 16/7439, 22, Begr. S. 81). Durch die Beschlussempfehlung des AfG wurde der in § 80 aF nicht enthaltene Abs. 1 S. 4

redaktionell geändert und Abs. 3 S. 3 und 4 gestrichen, vgl. BT-Drs. 16/8525, 67, Begr. S. 136. Durch Art. 1 Nr. 40 PNG vom 23.10.2012, BGBl. I 2246, wurden Abs. 1 S. 2 und Abs. 3 S. 1 ergänzt, in Abs. 1 S. 4 wurde Nr. 4 angefügt. Durch Art. 1 Nr. 32 des PSG II vom 21.12.2015, BGBl. I 2424, wurde die Vorschrift mWv 1.1.2016 in Abs. 1 S. 1 geändert, die S. 2–6 eingefügt; dadurch wurden die bisherigen S. 2 und 3 zu S. 7 und 8; der bisherige S. 4 entfiel. Ferner wurden die Abs. 1a und 1b eingefügt, in Abs. 2 wurde S. 3 angefügt, Abs. 3 ist entfallen. Durch Gesetz vom 18.7.2017, BGBl. I 2757, wurde mWv 29.7.2017 S. 2 in Abs. 1b eingefügt und die S. 6–8 wurden ergänzt. Durch Gesetz vom 20.11.2019, BGBl. I 1626, erfolgten datenschutzrechtliche Anpassungen in Abs. 1b S. 3 und 4. Durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, BGBl. I 2789, wurde Abs. 1 S. 1 geändert. Durch das GVVG vom 11.7.2021, BGBl. I 2754, wurden Abs. 1 S. 1 geändert, S. 4 neu gefasst, Abs. 1b S. 2 aufgehoben, so dass die bisherigen S. 3–8 zu den S. 2–7 wurden. Durch Gesetz vom 16.9.2022, BGBl. I 1454, wurde Abs. 1 S. 4 eingefügt, wodurch die bisherigen S. 4–8 zu den S. 5–9 wurden. Durch das PUEG vom 19.6.2023, BGBl. I 155, wurde S. 3 in Abs. 1 mWv 1.7.2023 eingefügt.

II. Normzweck und Überblick

- 2 § 113 erteilt den Auftrag, Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege zu vereinbaren; die im Gesetz neu gefasste Aufzählung der Versorgungsbereiche erfolgte zur Klarstellung (BT-Drs. 19/30560, 73). Inhaltlich sind insbesondere die Anforderungen an die Pflegedokumentation zu regeln (Abs. 1). Abs. 1a konkretisiert die weitere Entwicklung der Qualitätsindikatoren für die Ergebnisqualität, die hierfür erforderlichen Datenerhebungen und Auswertungen als Regelungsgegenstände der Vereinbarungen. Nach Abs. 1b haben die Vertragsparteien eine unabhängige Institution mit der Auswertung zu beauftragen. Der Gesetzgeber hat den Vertragsparteien hierfür nachträglich eine gesonderte Frist gesetzt und entsprechend der nachfolgenden Vorschriften die Aufsicht durch das BMG verschärft (BT-Drs. 18/12587, 62). Abs. 2 S. 1 und 2 regeln Einzelheiten der Kündigung der Vereinbarungen und deren Fortgeltung; nach S. 3 galten die am 1.1.2016 gültigen Vereinbarungen bis zum Abschluss neuer Vereinbarungen fort. Die zuvor im Abs. 3 enthaltene Regelung über ein Schiedsverfahren, das für den Fall einer fehlenden Einigung zwischen den Vertragsparteien zu führen gewesen wäre, ist entfallen. Ein Konfliktlösungsmechanismus ist in § 113b enthalten.

III. Vereinbarungen zur Qualitätssicherung

- 3 Die auch zuvor schon in Abs. 1 S. 1 geregelte Pflicht zur Vereinbarung von **Maßstäben und Grundsätzen (MuG)** zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sowie zur Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ist von den in S. 1 aufgeführten Vertragspartnern erst nach Ablauf der ursprünglich bis 31.3.2009 bemessenen Frist unter Einschaltung der Schiedsstelle nach § 113b erfüllt worden. Für die ambulante und die vollstationäre Pflege wurden Maßstäbe und Grundsätze am 27.5.2011 durch Schiedsspruch festgesetzt (BAnz. 2011, 2567 sowie BAnz. 2011, 2573). Inzwischen gelten für die vollstationäre Pflege neu gefasste Regelungen vom 23.11.2018, zuletzt geändert am 5.4.2023 (BAnz. AT 30.5.2023 B 1). Die Regelungen für die ambulante Pflege basieren noch auf dem Stand vom 27.5.2011, sie wurden zuletzt geändert am 24.10.2023 (BAnz. AT 17.1.2024 B 1). Für die Tagespflege gelten Maßstäbe und Grundsätze vom 18.2.2020, zuletzt geändert am 6.9.2022 (BAnz. AT 10.11.2022 B 5); für die Nachtpflege gelten danach

die Regelungen vom 18.5.1995 idF vom 31.5.1996 fort. Maßstäbe und Grundsätze für die Kurzzeitpflege datieren vom 8.9.2020, zuletzt geändert am 5.4.2023 (BAnz. AT 30.5.2023 B 2). Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers sollen die MuG das zentrale Regelungswerk zur Umsetzung des indikatorengestützten Verfahrens sein, das Grundlage für Qualitätsmessung, Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung ist (BT-Drs. 18/5926, 98). Mit Blick auf die Erfahrungen während der SARS-CoV-2-Pandemie gehört zur Qualitätssicherung inzwischen ausdrücklich auch eine regelhafte Vorbereitung auf mögliche **Krisensituationen** wie pandemische Notlagen, Naturkatastrophen oder Großschadensereignisse (Abs. 1 S. 1 am Ende). Die Maßnahmen müssen geeignet sein, um in entsprechenden Konstellationen flexibel reagieren und so die Versorgung der Pflegebedürftigen und ihre Teilhabe gewährleisten zu können (BT-Drs. 19/30560, 73). Ebenfalls im Zusammenhang mit der Pandemie hat der Gesetzgeber auch die **Möglichkeit digitaler Fortbildung** explizit im Gesetz verankert. Soweit solche Fortbildungen und Präsenzveranstaltungen gleichwertig sind, kann ganz oder teilweise auf eine Schulung vor Ort verzichtet werden (BT-Drs. 20/3328, 33). Die Pflegekassen sind zur Anerkennung entsprechend erworbener Nachweise verpflichtet (Abs. 1 S. 5).

Die Vereinbarungen können für alle qualitätsrelevanten Gegenstände geschlossen werden; auch zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement. Umfasst sind die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, anders ausgedrückt die Rahmenbedingungen, der Ablauf und der Erfolg der Pflegeleistungen. Zum Qualitätsmanagement gehören insbesondere die Maßnahmen zur Qualitätssicherung, zB durch Qualitätsbeauftragte, Qualitätszirkel und regelhafte Überprüfungsmechanismen bis hin zu internen wie externen Prüfungen. Von besonderer Bedeutung ist die **Pflegedokumentation**. Die Anforderungen an deren Praxistauglichkeit, wie sie im Entwurf des PflegeWEG (BT-Drs. 16/7439, 82) formuliert wurden, waren Gegenstand erheblicher Kritik. Auch in der Praxis der Qualitätsprüfungen durch den MD wie auch der Heimaufsichtsbehörden war eine starke Konzentration auf die schriftliche Dokumentation zu beobachten. Weit verbreitet ist immer noch ein kritikwürdiger Leitgedanke, wonach nur das Dokumentierte als auch tatsächlich geleistet gilt. Der naheliegende Versuch, durch möglichst kleinteilige Dokumentation „Sicherheit“ zu erzeugen, führte indes zu einer insbesondere auch mit Blick auf die begrenzte Personalausstattung der Einrichtungen kaum noch tragbaren zeitlichen Belastung der Pflegekräfte, die notgedrungen auf Kosten der für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Zeit gehen musste. Diese Fehlsteuerung war Anlass für die Entwicklung eines „grundlegend“ (BT-Drs. 18/6688, 135) veränderten Konzepts, das sog. Strukturmodell, das nun – wissenschaftlich evaluiert – auf der Grundlage von Absprachen zwischen Einrichtungs- und Kostenträgern mittlerweile in einem überwiegenden Teil der Einrichtungen in elektronischer Pflegedokumentation umgesetzt wird (vgl. www.ein-step.de [12.3.2023]). Maßgeblich sind hierfür die **Fachlichkeit der Pflegekräfte** und die sog. **strukturierte Informationssammlung (SIS)**; diese gliedert sich in die Erhebung der allgemeinen Daten des Pflegebedürftigen, die Dokumentation seiner geäußerten Wünsche und Vorstellungen, die fachliche Bewertung anhand der sechs bzw. acht Lebensbereiche des Begutachtungsinstruments nach §§ 14, 15 und eine Risikoeinschätzung (Dekubitus, Sturz, Ernährung usw.). Der Fokus soll auf dieser Grundlage dann nicht mehr auf einer umfassenden Verlaufsdokumentation liegen, sondern auf der Erfassung von Abweichungen von der Pflegeplanung und ggf. deren Anpassung. Einzelleistungsnachweise sind insoweit nicht mehr erforderlich. Hiervon ausgenommen sind allerdings die Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe, ärztlich angeordnete Maßnahmen der Behandlungspflege und ggf. weitere, individuell festgelegte Maßnahmen im Hinblick auf einzelne Risiken (vgl. Ziff. 3.1.3. der MuG für die vollstationäre Pflege).

Auf diese Weise nähert sich die Gestaltung des Pflegeprozesses, seine Dokumentation und Prüfung den in Abs. 1 S. 4 und 8 erfolgten Maßgaben des Gesetzge-

bers zumindest an. Danach dürfen die in den MuG fixierten Anforderungen nicht dazu führen, dass die Pflegedokumentation einen unverhältnismäßigen Aufwand im Verhältnis zur eigentlichen Pflege Tätigkeit ausmacht. Durch Abs. 1 S. 3 ist nunmehr explizit vorgegeben, dass die Pflegedokumentation vollständig elektronisch erfolgen können muss, um Arbeitsabläufe zu optimieren und für die Pflegekräfte den Aufwand zu reduzieren (BT-Drs. 20/6544, 76). Die unmittelbar für die **Versorgung der Pflegebedürftigen** zur Verfügung stehende Zeit muss mithin den **Schwerpunkt der tatsächlichen Tätigkeit** der Pflegekräfte ausmachen (vgl. BT-Drs. 18/6688, 135). Auf diese Weise wird auch gewährleistet, dass die Pflegeeinrichtung wirtschaftlich nicht aufgrund eines übermäßigen Personalbedarfs für Dokumentationsaufgaben überfordert wird (S. 4). **Zu berücksichtigen** ist dies einerseits **im Rahmen des Leistungserbringungsrechts** (Personalausstattung, Pflegevergütung). Dies hebt der Gesetzgeber etwa für die Kurzzeitpflege und die für diese geltenden Regelungen des § 88a zu einer wirtschaftlichen tragfähigen Vergütung hervor (BT-Drs. 19/30560, 73; vgl. hierzu BeckOGK/Weber, Stand: 1.11.2022, § 88a Rn. 4 ff.). Zu berücksichtigen sind die MuG aber auch im Rahmen der unabhängigen, ggf. strengeren Anforderungen des landesrechtlichen (Heim-) **Ordnungsrechts**. Konsequenz ist daher, dass eine zeitliche Ersparnis durch Umstellungen der Pflegedokumentation der Pflegeeinrichtung verbleibt und damit den Pflegebedürftigen zugutekommt; eine Absenkung der Pflegevergütung mit der Begründung, für die Pflegedokumentation sei nunmehr ein geringerer Aufwand anzusetzen, ist deshalb ausgeschlossen (BT-Drs. 18/6688, 135; BeckOGK/Opolony, Stand: 1.3.2022, Rn. 14). Es ist vielmehr davon auszugehen, dass eine etwaige Zeitersparnis der ohnehin fortschreitenden Arbeitsverdichtung entgegenwirken soll (S. 8). Die Vertragsparteien haben diese Maßgaben bei der Ausgestaltung der MuG umzusetzen. Der „Qualitätssicherung“ der MuG dient wiederum die Verpflichtung, diese regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen (S. 7).

- 6 Der bereits durch das PNG hinzugefügte Regelungsgegenstand der MuG – Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von **Ergebnisqualität** im stationären Bereich – findet sich nunmehr in Abs. 1a (zuvor Abs. 1 S. 4 Nr. 4). Er bezieht sich auf die Verknüpfung von internem Qualitätsmanagement der Einrichtung und externer Qualitätssicherung bzw. -prüfung. Im Rahmen von Forschungsprojekten (EQMS, EQisA) wurden Indikatoren entwickelt bzw. evaluiert, die geeignet sind, die Qualität der Versorgungssituation zu erkennen (Bek. des BMG vom 8.5.2015, BAnz. AT 15.6.2015 B2; vgl. auch Wingenfeld/Engels, Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Pflege, 2011; LPK-SGB XI/Bachem Rn. 22; die Begründung des Gesundheitsausschusses, auf den die Einfügung der Nr. 4 zurückgeht, BT-Drs. 17/10170, 18). Einzelheiten sollen in den MuG geregelt werden, denn das **indikatorengestützte Verfahren** soll nunmehr in der Praxis umgesetzt werden. Änderungen allein im Erhebungsbogen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) genügen hierfür nicht, da Prüfinhalte und Prüfgeschehen strukturell zu verändern sind (BT-Drs. 18/5926, 99). Der Fokus auf der Ergebnisqualität der Pflege ist dabei hervorzuheben; zwar bleiben auch Struktur- und Prozessqualität möglicher Prüfungsgegenstand (vgl. § 114 Abs. 2 S. 6), doch müssen schon die in den MuG definierten Anforderungen diesem Umstand Rechnung tragen, der auch in der Differenzierung in § 114 Abs. 2 S. 5 und 6 normiert ist („erfasst ... die Ergebnisqualität“; „kann auch ... erstreckt werden“ auf Prozess- und Strukturqualität). Für die vollstationäre Pflege sind inzwischen Vorgaben für ein solches (stichprobenhaftes und strukturiertes) Verfahren in den Anlagen 1–4 zu den MuG aufgenommen worden. Diese sind unterteilt in drei Qualitätsbereiche (Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit, Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen, Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen). Aus den jeweiligen Unterpunkten ist eine nachvollziehbare Konzentration auf die neuralgi-

schen Lebensumstände ersichtlich. Hervorzuheben sind die Erhaltung der Mobilität und der Selbstständigkeit, Dekubitusentstehung, Sturzfolgen und Gewichtsverlust sowie Schmerzeinschätzungen und freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Datenerhebung und Auswertung wiederum sollen **nicht allein Sache der Vertragsparteien** sein, sondern nach Abs. 1b einer unabhängigen Institution (nach entsprechender Ausschreibung) übertragen werden. In den MuG ist deshalb auch eine **Verpflichtung zur Zusammenarbeit** der Pflegeeinrichtungen mit dieser Institution aufzunehmen (BT-Drs. 18/5926, 99). Hierzu sind Regelungen zu treffen, die insbesondere dem Datenschutz dienen. Zum Zwecke der Qualitätsprüfung nach § 114 soll ein Informationsaustausch mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den Prüfinstitutionen erfolgen; das hierfür erforderliche Verfahren ist in den MuG zu regeln. Die **Qualifikationsanforderungen an Betreuungskräfte** hat der Gesetzgeber vereinheitlicht und damit für die Beschäftigten ambulanter Dienste erhöht. Diese müssen nach Abs. 1 S. 5 nunmehr ebenfalls – wie bereits die Beschäftigten von gesonderten Betreuungsdiensten – entsprechend der Richtlinien nach §§ 112a, 53b qualifiziert sein (BT-Drs. 19/30560, 74; Ziff. 2.4.2 der MuG für die ambulante Pflege).

IV. Vertragsparteien

Abs. 1 bezeichnet neben den am Zustandekommen der Vereinbarungen zu betei- 7
ligenden, dh anzuhörenden, Organisationen und Sachverständigen diejenigen Parteien, die die Vereinbarungen abzuschließen haben. Während diese aufseiten der Leistungsträger und ihrer Vereinigungen eindeutig zu identifizieren sind, ist die Sammelbezeichnung „Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ nicht eindeutig. Zumal eine Pflicht der Einrichtungsträger, sich einer Vereinigung anzuschließen, nicht existiert. Dennoch erscheint die Regelung praxisgerecht, denn es ist davon auszugehen, dass die Trägervereinigungen in ihrer eigenen Vielfalt der verschiedenen Wohlfahrtsverbände und der Verbände privater Anbieter die Interessen der Einrichtungsträger insgesamt sachgerecht vertreten. Eine entsprechende Heranziehung der in anderem Zusammenhang aufgestellten Fünfprozentgrenze (§§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2) ist angesichts des Wortlauts von Abs. 1 S. 1 und des gänzlich anderen Zwecks der Vereinbarung nicht möglich. Das LSG NRW (23.5.2012 – L 10 P 84/09 Rn. 43, BeckRS 2012, 71815) hält angesichts des Bekenntnisses des SGB XI zur Trägervielfalt (§ 11 Abs. 2) eine Begrenzung des Kreises der Trägervereinigungen nur insoweit für vertretbar, als die gesetzliche Aufgabe der Vertragsparteien dies erfordert.

V. Zustandekommen, Verbindlichkeit und Kündigung

Vereinbarungen nach Abs. 1 S. 1 werden von den Vertragsparteien nach den Vor- 8
gaben des neu gefassten § 113b geschlossen. Den am Verfahren zu beteiligten Institutionen steht kein Vorschlagsrecht, sondern nur ein Anhörungsrecht zu (vgl. aber § 118). Die Vereinbarungen sind nach Abs. 1 S. 9 und 10 für die Pflegekassen, deren Verbände sowie die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger ab dem 1. des Folgemonats verbindlich. Dies gilt auch dann, wenn die Pflegeeinrichtungen nicht in den beteiligten Verbänden organisiert sind (zur vergleichbaren Problematik im Rahmen des § 75 vgl. → § 75 Rn. 13). Es handelt sich bei den Vereinbarungen um sog. **Normenverträge**, deren demokratische Legitimation durchaus begrenzt ist (hierzu aber BSG 16.5.2013 – B 3 P 5/12 R, BeckRS 2013, 72101 Rn. 20 = SRa 2013, 257; Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S. 94; jurisPK-SGB XI/Altmiks Rn. 38 f.,

§ 113b Rn. 137 ff.; kritisch auch LPK-SGBXI/Bachem Rn. 33). Jede Vertragspartei kann die Vereinbarung ganz oder teilweise mit einer Frist von einem Jahr kündigen (Abs. 2 S. 1). Nach einer solchen Kündigung gilt bis zum Neuabschluss nach Abs. 2 S. 2 die bisherige Vereinbarung zur Verhinderung eines vertragslosen Zustandes weiter. S. 3 ordnete dies auch für die vor der gesetzlich vorgegebenen Verpflichtung zur Neufassung der MuG geltenden Vereinbarungen an, ohne dass es insofern einer Kündigung bedarf.

[Fassung des § 113a ab 1.7.2023:]

§ 113a (aufgehoben)

- 1 Die Regelungen aus dem Pflege-WEG von 2008 zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards in § 113a haben sich nach Einschätzung des Gesetzgebers in der Praxis nicht bewährt. Im Auftrag der Pflege-Selbstverwaltung wurde kein einziger Standard verbindlich eingeführt. Der gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltung wurde deshalb in dieser Form gestrichen (BT-Drs. 20/6544, 76).

[Fassung des § 113a bis 30.6.2023:]

§ 113a *Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege*

(1) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. ²Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. ³Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen. ⁴Der Medizinische Dienst Bund, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. ⁵Sie und die nach § 118 zu beteiligenden Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen können vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen. ⁶Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien.

(2) ¹Die Vertragsparteien stellen die methodische und pflegefachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens sicher. ²Die Anforderungen an die Entwicklung von Expertenstandards sind in einer Verfahrensordnung zu regeln. ³In der Verfahrensordnung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und Unabhängigkeit, die Schrittfolge der Entwicklung, der fachlichen Abstimmung, der Praxiserprobung und der modellhaften Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens festzulegen. ⁴Die Verfahrensordnung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen.

(3) ¹Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. ²Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. ³Die Vertragsparteien unterstützen die Einführung der Expertenstandards in die Praxis.

(4) ¹Die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, mit Ausnahme der Kosten für die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6, sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen getragen werden. ²Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 vom Hundert an den Aufwendungen nach Satz 1. ³Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.

Übersicht

	Rn.
I. Zuletzt geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Expertenstandards (Abs. 1 und 3)	3
1. Vertragsparteien	4
2. Beschlussfassung und Veröffentlichung	5
IV. Verfahrensordnung (Abs. 2)	7
V. Kostenverteilung (Abs. 4)	8

I. Zuletzt geltende Fassung

§ 113a ist durch Art. 1 Nr. 71 PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) mWv 1 1.7.2008 eingeführt worden. Die Vorschrift hat die Fassung des RegE zum PflegeWEG (BT-Drs. 16/7439, 23, Begr. S. 83) und kein Vorbild in früheren Gesetzesfassungen. Durch Art. 6 Nr. 5 des PräventionsG vom 17.7.2015 (BGBl. I 1368) wurde mWv 25.7.2015 Abs. 1 S. 3 eingefügt. Durch Art. 1 Nr. 33 des PSG II vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) wurden mWv 1.1.2016 die Abs. 1 S. 4 und 5 geändert sowie die S. 7 und 8 sowie Abs. 2 S. 5 aufgehoben. Durch Art. 1 Nr. 19a des PSG III vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) wurde Abs. 4 S. 1 geändert. Zuletzt wurde Abs. 1 S. 4 durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I 2789), dort Art. 10 Nr. 19 geändert.

II. Normzweck und Überblick

§ 113a regelte ein Verfahren zur Entwicklung fachlicher Qualitätsstandards in der 2 Pflege. Expertenstandards nach Abs. 1 sollten im Rahmen einer von den Parteien gem. Abs. 2 vereinbarten Verfahrensordnung entwickelt werden. Abs. 3 regelte die Verbindlichkeit und praktische Umsetzung der Standards, Abs. 4 die Verteilung der Entwicklungskosten.

III. Expertenstandards (Abs. 1 und 3)

Expertenstandards konkretisierten nach Abs. 1 S. 2 den allgemein anerkannten 3 Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, nach deren Maßgabe die Versorgung der Versicherten zu erfolgen hat (§§ 11 Abs. 1, 28 Abs. 3 und 69 S. 1). Sie sollten im Rahmen einer Qualitätsprüfung als Maßstab für die Qualität der Pflege herangezogen werden (§ 114 Abs. 2 S. 4) und konnten die Grundlage einer Vereinbarung nach § 113 sein. Vorbild für die Gesetzesfassung waren die bereits in der Pflegewissenschaft eingeführten Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandards gem. § 113a sollten das Ergebnis eines **wissenschaftlich organisierten und konsensorientierten**

Diskussionsprozesses darstellen (BT-Drs. 16/7439, 83). Anders als die vom DNQP entwickelten Standards, die ausschließlich den Stand der Pflegewissenschaft abbilden, konnten Expertenstandards unter § 113a nach der Vorstellung des Gesetzgebers auch multidisziplinär erarbeitet werden (BT-Drs. 16/7439, 84). Die Ergänzung von Abs. 1 S. 3 sollte den inhaltlich-fachlichen Zusammenhang von Prävention, Rehabilitation und Pflege unterstreichen (BT-Drs. 18/4282, 47); der bereits in § 5 Abs. 1 normierte Grundsatz, wonach Prävention auch Aufgabe der Pflegeversicherung ist, wurde so nochmals betont. Problematisch blieb indes, dass dadurch die Abgrenzung von Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber denjenigen der Krankenversicherung wie auch ggf. gegenüber der Eingliederungshilfe nach SGB IX erschwert wird. Als Teil von Expertenstandards war jedenfalls die Verbesserung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten von Pflegebedürftigen als Teil der sog. aktivierenden Pflege berücksichtigungsfähig (§ 11 Abs. 1 S. 2; zur offenen Frage der Abgrenzung zur Eingliederungshilfe vgl. Weber/Brünner/Philipp, Pflegereform 2017 in der juristischen Praxis, 2017, Rn. 242 ff.; Weber, Die neue Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, 2020, Rn. 60 ff.).

- 3a Seit Inkrafttreten des § 113a zum 1.7.2008 ist kein Expertenstandard im gesetzlichen Sinne beschlossen worden. Erst im März 2013 wurde der erste Auftrag zur Schaffung eines Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität von den Vertragsparteien vergeben. Ferner ist die vom Gesetzgeber intendierte **Einbindung der bereits bestehenden Expertenstandards** des DNQP in das System des § 113a im Rahmen einer Aktualisierung (vgl. BT-Drs. 16/7439, 83) nicht erfolgt, vielmehr werden diese gesondert weiterentwickelt. Gegenwärtig liegen seitens des DNQP Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe, zur Förderung der Harnkontinenz, zum Schmerzmanagement, zur Sturzprophylaxe, zur Mangelernährung, zur Pflege chronischer Wunden, zum Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung, zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz, zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege sowie zum Entlassungsmanagement vor (vgl. www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente). Der erste nach § 113a entwickelte Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität wurde modellhaft implementiert, vom DNQP ausgewertet und 2019 aktualisiert. Die Entscheidung über seine verbindliche Einführung stand noch aus; der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege (§ 113b Abs. 3) hat zunächst lediglich die freiwillige Einführung empfohlen und eine wissenschaftliche Begleitforschung ausgeschrieben. Soweit die Weiterentwicklung der vom DNQP bereits erarbeiteten Standards in enger Zusammenarbeit aller bislang Beteiligten erfolgte, sollte die zunächst formulierte Sorge vor nebeneinander bestehenden Systemen unbegründet gewesen sein. Solange die vom DNQP entwickelten Expertenstandards nicht nach § 113a formalisiert wurden, kam ihnen **keine Verbindlichkeit** iSd Abs. 3 S. 2 zu. Praktisch werden sie aber der Leistungserbringung wie der Prüfung als pflegfachlicher Stand auch ohne diese Verbindlichkeit zugrunde gelegt (so auch BeckOGK/Opolony, 1.5.2022, Rn. 20; jurisPK-SGB XI/Altmiks Rn. 27; vgl. auch LG Köln 27.10.2020 – 3 O 5/19, BeckRS 2020, 28774 = SRa 2021, 27).

1. Vertragsparteien

- 4 Die Sicherstellung der Schaffung von Expertenstandards war den Vertragsparteien gem. § 113 übertragen. Diese verfügen selbst nicht über das fachwissenschaftliche Know-how, auch existiert in der sozialen Pflegeversicherung kein dem IQWiG gem. § 139a SGB V vergleichbares, von den Leistungsträgern und -erbringern unabhängiges Institut zur Weiterentwicklung fachlicher Qualitätsstandards. Die Vertragsparteien waren daher darauf angewiesen, im Wege von Ausschreibungen nach der Verfahrensordnung Entwicklungsaufträge für Expertenstandards zu vergeben. Wie im Rahmen von § 113 bestanden Beteiligungsrechte für den MD, die private Kran-

kenversicherung und bestimmte Interessenverbände, Abs. 1 S. 4. Den zu beteiligenden Einrichtungen wies Abs. 1 S. 5 neben dem Beteiligungs- auch ein Vorschlagsrecht für Expertenstandards zu. Die Norm spezifizierte nicht näher, bei welchen Verfahrensschritten die **Beteiligung** erfolgte, sodass von einem Beteiligungsrecht in jeder Phase des Verfahrens ausgegangen werden musste. Dies galt auch für den Schritt der Beschlussfassung über die Beauftragung eines Expertenstandards, auch wenn die Verfahrensordnung (dort unter 4.) die Beteiligung der Institutionen gem. Abs. 1 S. 4 nicht ausdrücklich erwähnt. Die Änderungen in den S. 4 und 5 zur Beteiligung der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sollten lediglich der Klarstellung dienen (BT-Drs. 18/5926, 99); ihre Beteiligung ergab sich aus § 118, der auf seiner Grundlage erlassenen Verordnung vom 22.3.2013 (BGBl. I 599) und § 113b (kritisch zur Beteiligtenstruktur im Hinblick auf eine daraus resultierende einseitige Ausrichtung auf die Pflegewissenschaften bereits Igl RsDE 68 (2008), 38 ff.; vgl. im Übrigen auch LPK-SGB XI/Bachem Rn. 18).

2. Beschlussfassung und Veröffentlichung

Nach Abs. 1 S. 6 war für den Auftrag zur Er- bzw. Überarbeitung eines Expertenstandards sowie für seine Einführung jeweils ein Beschluss der Vertragsparteien erforderlich. Die Einzelheiten des Verfahrens ergaben sich aus dem neu gefassten § 113b.

Nach Abs. 3 S. 2 wären Expertenstandards für Pflegekassen, deren Verbände und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich gewesen. Die Veröffentlichung der Standards im BAnz. nach Abs. 3 S. 1 wäre angesichts der haftungsrechtlichen Folgen ihrer Nichtbeachtung (BT-Drs. 16/7439, 83 zu Nr. 71, §§ 113a und 113b) der maßgebliche **Zeitpunkt für die Verbindlichkeit** gewesen. Die Expertenstandards wären darüber hinaus im Internet und in anderer geeigneter Form zu veröffentlichen gewesen (Nr. 5.6 der Verfahrensordnung). Dieses untergesetzliche Verfahren und seine Legitimation, insbesondere gegenüber Pflegeeinrichtungen, die nicht Mitglied eines der beteiligten Verbände sind, war problematisch. Unbedenklich Verbindlichkeit erlangten die Expertenstandards aber (nochmals) durch entsprechende **Vereinbarungen im einrichtungsindividuellen Versorgungsvertrag** nach § 72 (zutreffend BeckOGK/Opolony, 1.5.2022, Rn. 21). Die Verpflichtung des Abs. 3 S. 3 zur Unterstützung der Einführung von Expertenstandards hatte nur programmatischen Charakter. Sie legte weder Vorgaben für die Art und Weise der Unterstützung fest, noch werden Pflichtverletzungen sanktioniert.

IV. Verfahrensordnung (Abs. 2)

Abs. 2 S. 1 übertrug den Vertragsparteien den Auftrag, die Verfahrensqualität und -transparenz bei der Schaffung und Aktualisierung von Expertenstandards sicher zu stellen. Die aufgrund von S. 2 beschlossene Verfahrensordnung zur Schaffung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege ist nach Beanstandungen durch das BMG überarbeitet worden und trat am 1.4.2009 in Kraft (abrufbar unter www.gkv-spitzenverband.de; krit. LPK-SGB XI/Bachem Rn. 16). Die Verfahrensordnung konkretisierte den von Abs. 2 S. 3 vorstrukturierten Ablauf der Erarbeitung von Expertenstandards, der auch den Materialien zu entnehmen ist (BT-Drs. 16/7439, 84). Danach wäre ein Entwurf des beauftragten Expertenstandards von einer Expertengruppe nach evidenzbasierten Regeln entwickelt (5.1. Verfahrensordnung) und anschließend in einer fachlichen Abstimmung auf einer Fachkonferenz konsentiert worden (5.3. Verfahrensordnung). Das konsentierte Ergebnis des Expertenstandards wäre einer Praxiserprobung in Modellprojekten mit erneuter fachlicher Abstimmung unterzogen worden. Schließlich wäre die Beschlussfassung mit Implementierung und ggf. späterer Aktualisierung erfolgt.

V. Kostenverteilung (Abs. 4)

- 8 Der Gesetzgeber definierte die Kosten der Entwicklung von Expertenstandards als Verwaltungskosten des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (vgl. §§ 217d, 208 Abs. 2 SGB V, § 53 S. 2). Ausgenommen waren die Kosten für die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Abs. 6. Die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung bzw. ihr Verband wurden zu 10 % an den Aufwendungen hierfür beteiligt (Abs. 4 S. 2 und 3).

§ 113b Qualitätsausschuss

(1) ¹Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. ²Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und erlassen die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5, den §§ 113, 115 Absatz 1a, 1c und 3b sowie § 115a Absatz 1 und 2 durch diesen Qualitätsausschuss. ³Die Vertragsparteien nach § 113 treffen auch die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten nach den Absätzen 4 und 8 sowie nach § 8 Absatz 5 Satz 2 notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss.

(2) ¹Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens elf Mitglieder entsenden. ²Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. ³Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ⁴Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. ⁵Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; die Entscheidung hierüber obliegt den Verbänden der Pflegeberufe. ⁶Sofern die Verbände der Pflegeberufe ein Mitglied entsenden, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. ⁷Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. ⁸Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. ⁹Der Medizinische Dienst Bund wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. ¹⁰Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 mit.

(3) ¹Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung, ein Beschluss oder eine Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 und 3 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische

Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). ²Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. ³Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. ⁴Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. ⁵Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. ⁶Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. ⁷Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. ⁸Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung, Beschlussfassung oder Entscheidung im Sinne der Absätze 4 und 8, des § 8 Absatz 5 Satz 2, des § 37 Absatz 5, der §§ 113 und 115 Absatz 1a, 1c und 3b.

(3a) ¹Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten. ²Die nichtöffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(4) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. ²Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen werden beauftragt, insbesondere

1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei
 - a) insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen sind und
 - b) Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen sind;
2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Ergebnisse nach Nummer 1 unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument, bundesweite Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten zu entwickeln;

3. bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorzulegen;
4. ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln;
5. die Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten sowie
6. bis zum 31. März 2018 ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben, insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben.

³Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen.

(4a) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 3 entwickelten Qualitätssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiterentwickelt werden. ²Sie haben darauf hinzuwirken, dass die Evaluationsergebnisse nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 umgesetzt und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Satz 1 berücksichtigt werden. ³Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme beauftragen die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. ⁴Für die Erteilung und Bearbeitung der Aufträge gilt Absatz 5 Satz 2 bis 5 entsprechend.

(5) ¹Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 und der Aufträge und Vorhaben nach Absatz 4a erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4. ²Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Absatz 4 Satz 2 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. ³Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird. ⁴Den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. ⁵Die Ergebnisse der Arbeiten nach Absatz 4 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnisnahme vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(6) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. März 2016 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses ein. ²Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr. ³Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. ⁴Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle regeln die Vertragsparteien nach § 113 in der Geschäftsordnung nach Absatz 7. ⁵Die Vertragsparteien richten ab dem 1. September

2023 dauerhaft zusätzlich eine Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 maßgeblichen Interessensvertretungen beim Qualitätsausschuss Pflege ein. ⁶Die Interessensvertretungen haben das Recht, die Stelle zu besetzen und den Arbeitsort in Abstimmung mit der Geschäftsstelle zu bestimmen.

(7) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses, insbesondere

1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,
2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,
3. zum Vorsitz,
4. zu den Beschlussverfahren,
5. zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle auch mit der Aufgabe als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle nach Absatz 6,
6. zur Sicherstellung der jeweiligen Auftragserteilung nach Absatz 4,
7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,
8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,
9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz einschließlich der Erstattung von Reisekosten, eines Verdienstausfalls sowie die Zahlung eines Pauschbetrages nach § 118 Absatz 1 Satz 6 sowie
10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter sowie für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6; die Kosten können auch den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden.

²Die Geschäftsordnung und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen.

³Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Februar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.

(8) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich zum 1. September über ihre Arbeit, insbesondere über den Stand der Bearbeitung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und über den Stand der Auftragserteilung und Bearbeitung der nach den Absätzen 4 und 4a zu erteilenden Aufträge, sowie über gegebenenfalls erforderliche besondere Maßnahmen zur Einhaltung von Fristen zu berichten.

²Die besonderen Schwierigkeiten, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben, sind im Einzelnen darzulegen. ³Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen jederzeit einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. ⁴Der Zeitplan ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. ⁵Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu informieren, wenn absehbar ist, dass ein Zeitziel des Zeitplans

nicht eingehalten werden kann. ⁶In diesem Fall kann das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Umsetzungsschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst vornehmen.

(9) ¹Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 8 Absatz 5 Satz 2 getroffenen Entscheidungen. ²Es kann die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. ³Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. ⁴Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ⁵Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. ⁶Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. ⁷Bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen. ⁸Bezüglich der Vereinbarungen nach § 115 Absatz 3b setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 darüber hinaus mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ins Benehmen.

(10) ¹Gegen eine Entscheidung des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 Satz 2, 3, 5 und 6 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. ²Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Qualitätsausschuss (Abs. 1 u. 2)	3
IV. Erweiterter Qualitätsausschuss (Abs. 3)	4
V. Aufsicht (Abs. 9)	5
VI. Wissenschaftliche Begleitung, Weiterentwicklung, Finanzierung (Abs. 4, 4a, 5 und 8)	6
VII. Öffentlichkeit, Geschäftsstelle, Geschäftsordnung (Abs. 3a, 6 und 7)	8
VIII. Rechtsschutz (Abs. 10)	11

I. Geltende Fassung

- 1 Die vormaligen Regelungen zur Schiedsstelle Qualitätssicherung wurden mWv 1.1.2016 durch Art. 1 Nr. 34 des PSG II vom 21.12.2015, BGBl. I 2424, vollständig neu gefasst. Durch Art. 1 Nr. 20 des PSG III vom 23.12.2016, BGBl. I 3191, wurde mWv 1.12.2016 Abs. 8 eingefügt; mWv 1.1.2017 wurden Abs. 1 S. 2, Abs. 2 S. 9, Abs. 7 S. 1 Nr. 9 und 10 geändert sowie Abs. 4 S. 2 Nr. 6 neu gefasst. Durch Gesetz vom 18.7.2017, BGBl. I 2757, wurden mWv 29.7.2017 Abs. 1 S. 2 geändert, S. 3 angefügt, Abs. 3 S. 1 und 8, Abs. 4 S. 1 geändert sowie Abs. 9 S. 8 angefügt. Durch

das PpSG vom 11.12.2018, BGBl. I 2394, wurden Abs. 1 S. 3, Abs. 3 S. 8 und Abs. 9 S. 1 geändert. Durch Gesetz vom 9.8.2019, BGBl. I 1202, wurden Abs. 2 S. 2 und 5 geändert sowie Abs. 2 S. 6 eingefügt, wodurch die bisherigen S. 6–9 zu den S. 7–10 wurden. Durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, BGBl. I 2789, wurden Abs. 2 S. 9 und Abs. 7 S. 1 Nr. 9 geändert. Durch Gesetz vom 27.3.2020, BGBl. I 580, wurde Abs. 6 S. 1 geändert. Durch das GVVG vom 11.7.2021, BGBl. I 2754, wurden der Abs. 4a eingefügt, Abs. 5 S. 1 geändert sowie Abs. 10 angefügt. Durch das PUEG vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155, wurden mWv 1.7.2023 Abs. 1 S. 2 sowie Abs. 3 S. 8 geändert, Abs. 3a eingefügt, in Abs. 4a die S. 5 und 6 gestrichen, in Abs. 6 die S. 5 und 6 angefügt und in Abs. 8 die S. 1 und 2 neu gefasst.

II. Normzweck und Überblick

§ 113b regelt die Zusammensetzung und Arbeitsweise des sog. Qualitätsausschusses, zu dem die vormalige Schiedsstelle nach § 113b aF umgebildet wurde. Der Qualitätsausschuss soll ein praxisnahes Forum für eine gestraffte Entscheidungsfindung innerhalb der bewährten Selbstverwaltungsstrukturen sein. Abs. 2 regelt die reguläre Zusammensetzung des Ausschusses und sein Verfahren; Abs. 3 sieht für den Fall, dass im regulären Verfahren keine Einigung gelingt, die Erweiterung des Ausschusses um unparteiische Mitglieder vor und überführt so die Funktion der Schiedsstelle in den Ausschuss, der in diesem Fall mit Mehrheit entscheidet. Abs. 3a regelt die Öffentlichkeit der Sitzungen des Qualitätsausschusses. Mit Abs. 4 verpflichtet der Gesetzgeber die Vertragsparteien nach § 113, bestimmte Aufträge an unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen zu vergeben, deren Ergebnisse die Tätigkeit des Ausschusses unterstützen sollen; Abs. 4a macht Vorgaben für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätssysteme. Abs. 5 und 6 regeln Einzelheiten der Auftragserteilung und die Einrichtung einer Geschäftsstelle für den Ausschuss. Abs. 7 strukturiert den Inhalt einer von den Vertragsparteien nach § 113 zu vereinbarenden Geschäftsordnung; Abs. 8 und Abs. 9 regeln die Aufsicht durch das BMG. Abs. 10 enthält Vorschriften für den Rechtsschutz gegen die nach § 113b getroffenen Entscheidungen.

III. Qualitätsausschuss (Abs. 1 u. 2)

Der Qualitätsausschuss setzt sich paritätisch zusammen aus (jeweils höchstens elf) **Vertretern** der Leistungsträger und der Leistungserbringer (Abs. 2 S. 1), darunter ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene. Auch der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. kann ein Mitglied entsenden (diese Mitglieder rechnen zur Seite der Leistungsträger). Dem Ausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; entscheiden sich diese dafür, rechnet dieser Vertreter zur Seite der Leistungserbringer (Abs. 2 S. 5 u. 6). Diese, von den gesondert in Abs. 2 S. 2–6 genannten Institutionen entsandten Mitglieder werden also einer der beiden „Seiten“ zugerechnet; jede Organisation kann nur auf einer Seite auftreten (Abs. 2 S. 7). Für jedes Mitglied des Ausschusses können auch stellvertretende Mitglieder benannt werden (Abs. 3 S. 4). Der MD und die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und Selbsthilfe von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen nach § 118 wirken beratend mit (Abs. 2 S. 9 u. 10); letztere verfügen nach § 118 Abs. 1 S. 3 auch über ein Antragsrecht. Jedes Mitglied des Ausschusses hat eine Stimme (Abs. 2 S. 8). Eine bestimmte Amtszeit wird nicht festgelegt. Im Unterschied zur Regelung der

Schiedsstelle in § 113b aF fehlt es an einer Regelung zur Weisungsunabhängigkeit der Mitglieder, so dass davon auszugehen ist, dass sie von der jeweiligen Organisation, die sie vertreten, **weisungsabhängig** sind (vgl. Axer SRa Sonderheft 2016, 34 (35)). Der Ausschuss entscheidet einvernehmlich über die ihm zugewiesenen **Gegenstände**. Die Vertragsparteien nach § 113 entscheiden „durch“ den Qualitätsausschuss nach Abs. 1 mithin über die Qualität der Beratung (§ 37 Abs. 5), die MuG (§ 113), die Regelungen zur Qualitätsdarstellung (§ 115 Abs. 1a), die Datenübermittlung (§ 115 Abs. 1c), das Verfahren für Kürzungen der Pflegevergütung (§ 115 Abs. 3b), Prüfungsrichtlinien und Transparenzvereinbarungen (§ 115a Abs. 1 u. 2). Hinzu kommen Vereinbarungen über Auszahlungen aus dem Ausgleichsfonds (§ 8 Abs. 5) sowie die Auftragsvergaben nach Abs. 4 und die Erfüllung der Pflichten aus Abs. 8. Für eine wirksame Entscheidung ist dabei **Einstimmigkeit** erforderlich ist; Mehrheitsentscheidungen sind ausgeschlossen (Umkehrschluss aus Abs. 3 S. 1; Axer SRa Sonderheft 2016, 34 (35)). Die Vertragsparteien haben **alle Entscheidungen nach § 113** durch den Qualitätsausschuss zu treffen (Abs. 1 S. 3), der das „alleinige Entscheidungsfindungsorgan“ sein soll, wie mit einer Gesetzesergänzung klargestellt wurde (BT-Drs. 18/12587, 62 f.).

IV. Erweiterter Qualitätsausschuss (Abs. 3)

- 4 Kommt eine einvernehmliche Entscheidung im Qualitätsausschuss nicht zustande, wird der Ausschuss auf Antrag um unparteiische Mitglieder erweitert. **Gegenstand** einer Befassung des erweiterten Qualitätsausschusses können alle Angelegenheiten sein, die dem Qualitätsausschuss nach den Abs. 1 und 2 zugewiesen sind (BT-Drs. 18/12587, 63). Antragsberechtigt ist jede Vertragspartei nach § 113, jedes Mitglied des Qualitätsausschusses und das BMG (vgl. BT-Drs. 18/5926, 100). Den **unparteiischen Vorsitzenden** des erweiterten Qualitätsausschusses bestimmt das BMG (Abs. 3 S. 4); dies sichert zwar ggf. seine Unabhängigkeit von den Vertragsparteien, nicht aber vom BMG (kritisch Krauskopf/Axer, Stand: 116. EL 2022, Rn. 21). Die **zwei weiteren unparteiischen Mitglieder**, eines davon fungiert als Stellvertreter/in der/des Vorsitzenden, werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt (Abs. 3 S. 4); Mitglieder des Qualitätsausschusses können diese Funktionen nicht übernehmen (Abs. 3 S. 5). Kommt keine Einigung über die Besetzung zustande, entscheidet das BMG (Abs. 3 S. 6). Es ist davon auszugehen, dass – dem Besetzungsverfahren von Schiedsstellen entsprechend – die Leistungsträger und die Leistungsbringerseite je eines der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder benennen und hierüber zwischen den Vertragsparteien Einvernehmen hergestellt wird, so dass eine Entscheidung des BMG in der Praxis nicht erforderlich werden wird. Der erweiterte Qualitätsausschuss entscheidet gleich einer Schiedsstelle mit Mehrheit (Abs. 3 S. 7); seine Entscheidungen haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung, Beschlussfassung oder Entscheidung nach den §§ 8 Abs. 5 S. 2, 37 Abs. 5, 113 und 115 Abs. 1a, 1c u. 3b.

V. Aufsicht (Abs. 9)

- 5 Das **BMG** führt die Aufsicht über den Qualitätsausschuss; seine Entscheidungen sind dem BMG vorzulegen (Abs. 9 S. 1). Hiervon ausgenommen sind die Entscheidungen nach § 8 Abs. 5 S. 2; insoweit erachtet der Gesetzgeber eine Vorlage für nicht notwendig (BT-Drs. 19/4453, 104). Beanstandet das BMG Entscheidungen, ggf. nach Vorlage weiterer Informationen (Abs. 9 S. 3), innerhalb einer Frist von zwei Monaten (Abs. 9 S. 2 u. 3 Hs. 2), sind diese innerhalb einer gesetzten Frist zu korrigieren (Abs. 9 S. 4); das BMG kann auch Auflagen erteilen (Abs. 9 S. 5). Kommt der Quali-

tätsausschuss derlei Vorgaben nicht nach, entscheidet das BMG an seiner Stelle (Abs. 9 S. 6). Seine Entscheidungen trifft das BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ (Abs. 9 S. 7) und dem BMAS (Abs. 9 S. 8). Diese **starke Stellung** des BMG mutet **befremdlich** an, denn die Beibehaltung der Selbstverwaltungsstruktur und damit auch eines praxisnahen, unabhängigen Konfliktlösungsmechanismus unterliegt so beständig dem Druck, dass ggf. das BMG an seiner Stelle entscheidet. Hätte der Gesetzgeber dies tatsächlich gewollt, hätte er dem BMG diese Kompetenz im Grunde auch sofort übertragen können. Die Parteien der Selbstverwaltung müssen fortlaufend beweisen, dass sie auch ohne ministerielle Ersatzvornahme handlungsfähig sind; ein Vertrauensvorschuss des Gesetzgebers hätte indes anders ausgesehen.

VI. Wissenschaftliche Begleitung, Weiterentwicklung, Finanzierung (Abs. 4, 4a, 5 und 8)

Unter Einbindung von fachwissenschaftlichem Sachverstand kommt dem Qualitäts- 6
ausschuss insbesondere die Aufgabe zu, die in Abs. 4 beispielhaft aufgeführten Instrumente und Projekte zu bearbeiten. Zentrale Aufgabenstellung sind **Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsdarstellung**; in Sonderheit Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der **Ergebnisqualität** sowie die Umstrukturierung von Prüfinhalten und -geschehen im Rahmen des **indikatorengestützten Qualitätsmanagements** (BT-Drs. 18/5926, 101). Der Gesetzgeber setzt für die gesondert genannten Aufgaben zT explizit Fristen. Zur Vermeidung von Zeitverzug, wurde nach der Ausschussempfehlung zum PSG III in Abs. 8 den Vertragsparteien auferlegt, über Auftragserteilung und Bearbeitungsstand unter Vorlage eines Zeitplanes und einzelnen Umsetzungsschritten zu berichten; der **Zeitplan** bedarf der Genehmigung durch das BMG. Durch das PUEG ist eine jährliche Berichtspflicht und Zeitplanung etabliert worden (Abs. 8 S. 1); können gesetzlich vorgesehene Fristen nicht eingehalten werden, ist hierüber konkret zu berichten (Abs. 8 S. 2). Das BMG kann sich nach Abs. 8 S. 3 jederzeit auch einen konkreten qualifizierten Zeitplan vorlegen lassen (BT-Drs. 20/6544, 77). Nach Abs. 8 S. 5 ist das BMG unverzüglich über absehbare Verzögerungen und das absehbare Nichteinhalten der gesetzten Fristen zu informieren. Einzelne Umsetzungsschritte sollen ggf. durch das BMG selbst vorgenommen werden (Abs. 8 S. 6). Der Gesetzgeber begründet dies zwar mit der Absicht, den vorgesehenen Prozess zu unterstützen und transparent zu gestalten (BT-Drs. 18/10510, 119f.); aus dem **Selbsteintrittsrecht des BMG** (Ersatzvornahme) spricht aber auch ein gerüttelt Maß an Misstrauen gegenüber den Fähigkeiten der Selbstverwaltung, zeitnah die gewiss nicht anspruchslosen Zielsetzungen zu erreichen. Dies zeigt auch die bald lakonische Feststellung, dass die Auftragserteilung an die Wissenschaft noch nicht erfolgt sei (BT-Drs. 18/10510, 119). Weitere Themen können vom BMG nach Abs. 4 S. 3 vorgeschlagen werden. Die Finanzierung der wissenschaftlichen Bearbeitung und Begleitung der Tätigkeit des Ausschusses erfolgt nach Abs. 5 aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 8). Teil der jeweiligen Aufträge ist immer eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse (Abs. 5 S. 4). Die Streichung der Wörter „durch den Qualitätsausschuss“ in Abs. 4 war redaktioneller Natur; die Zuständigkeit des Qualitätsausschusses ergibt sich aus Abs. 1 S. 3 (BT-Drs. 18/12587, 63).

Von besonderer Bedeutung ist schließlich die **Weiterentwicklung der Qualitäts- 7**
systeme, um diese jeweils dem medizinisch-pflegefachlichen Stand wie auch dem technischen Fortschritt anzupassen. Bei dieser „Daueraufgabe“ haben die Vertragsparteien (§ 113) insbesondere die Evaluationsergebnisse nach Abs. 4 S. 2 Nr. 5 und die Berichte nach § 114c Abs. 3 zu berücksichtigen. Umfasst sind also insbesondere Erhebung und Übermittlung der indikatorenbegrenzten Daten, die Qualitätsdarstellung und die Qualitätsprüfungen (BT-Drs. 19/30560, 74). Auch für diese

Aufgabe gibt der Gesetzgeber die Beauftragung fachlich unabhängiger wissenschaftlicher Einrichtungen und Sachverständiger vor. Das BMG ist jährlich über Planung und Stand der Bearbeitung (Abs. 8 S. 1), insbesondere durch einen genehmigungspflichtigen Zeitplan (Abs. 8 S. 4), und auf Verlangen konkret über den jeweiligen Bearbeitungsstand zu informieren (Abs. 8 S. 3). Können vorgesehene Zeitpläne nicht eingehalten werden, ist das BMG unverzüglich zu unterrichten (Abs. 8 S. 5). Entsprechend Abs. 8 S. 6 kann das BMG auch selbst einzelne Umsetzungsschritte im Wege des Selbsteintritts übernehmen.

VII. Öffentlichkeit, Geschäftsstelle, Geschäftsordnung (Abs. 3a, 6 und 7)

- 8 Die Vertragsparteien nach § 113 gründen zur Bewältigung der Aufgaben des Qualitätsausschusses eine qualifizierte und fachlich unabhängige Geschäftsstelle nach Abs. 6. Die **Geschäftsstelle** ist weisungsunabhängig von den Vertragsparteien, sie soll die Vertragsparteien beraten, die Vergabe wissenschaftlicher Aufträge koordinieren sowie die fachlich-operative Tätigkeit des Qualitätsausschusses organisieren und auch die Aufgaben der schon eingerichteten Geschäftsstelle Expertenstandards übernehmen (BT-Drs. 18/5926, 103). Die Geschäftsstelle hat am 1.8.2016 ihre Arbeit aufgenommen. Ab dem 1.9.2023 sind die nach § 118 maßgeblichen Interessenvertretungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung durch eine eigene Referentenstelle in der Geschäftsstelle zu unterstützen. Hierdurch sollen die Sichtweisen und die Expertise der Betroffenenorganisationen effizienter in die Tätigkeit des Qualitätsausschusses eingebracht werden (BT-Drs. 20/6544, 77).
- 9 Nach dem durch das PUEG eingefügten Abs. 3a sind die beschlussfassenden **Sitzungen** des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses grundsätzlich **öffentlich**, sind im Internet live zu übertragen und über eine Mediathek zugänglich zu halten. Dies dient einer gesteigerten Transparenz der Entscheidungen (BT-Drs. 20/6544, 77); insoweit unterscheidet sich das Gremium auch von Schiedsstellen nach § 76, deren Sitzungen nicht öffentlich sind. Von der Vorgabe des Abs. 3a wiederum ausgenommen sind die vorbereitenden Gremien und nicht-öffentliche Beratungen. Auch die Beratungsunterlagen und Niederschriften sind vertraulich. Letzteres kann sich indes nur auf solche Unterlagen beziehen, die nicht öffentlich verhandelt wurden. Die Niederschrift über öffentliche Sitzungen bedarf dagegen keiner Vertraulichkeit.
- 10 Die Einzelheiten des Verfahrens des Qualitätsausschusses, insbesondere auch in seiner Zusammensetzung als erweiterter Qualitätsausschuss, die Einbeziehung von Sachverständigen, Kostenerstattungsregeln usw. sind nach Abs. 7 von den Vertragsparteien nach § 113 mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen zu vereinbaren. Die **Geschäftsordnung** bedarf der Genehmigung durch das BMG (Abs. 7 S. 2). Auch hier besteht die Möglichkeit einer Festsetzung durch das BMG (Abs. 7 S. 3).

VIII. Rechtsschutz (Abs. 10)

- 11 Mit der Ergänzung des Abs. 10 sind die bislang nicht gesondert getroffenen Regelungen erfolgt. Zwar war auch ohne Abs. 10 etwa gegen Entscheidungen des erweiterten Qualitätsausschusses der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet, da es sich um ein gemeinsames Entscheidungsgremium iSd § 70 Nr. 4 SGG handelt, doch besteht nun Klarheit (BT-Drs. 19/30560, 75). Gegen Entscheidungen des Qualitäts-

ausschusses ist **ohne Vorverfahren** ein Klageverfahren möglich. Eine Klage hat indes **keine aufschiebende Wirkung** (Abs. 10 S. 2). Entsprechendes gilt auch für Maßnahmen und Anordnungen des BMG nach Abs. 9. Während solche nach S. 2, 3 u. 5 im Verhältnis zwischen Qualitätsausschuss und BMG wirken, betreffen solche nach S. 6 alle Beteiligten und Adressaten der Vereinbarungen und Beschlüsse. Die **Klagebefugnis** wird sich daher in den ersten drei Fällen auf den Qualitätsausschuss als solches, die Vertragsparteien nach § 113 und die Mitglieder des Qualitätsausschusses beschränken (entsprechend Abs. 3 S. 1). Im Übrigen gelten die allgemeinen Regeln.

§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) **Ab dem 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus nachfolgenden Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden:**

1. für Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung nach Nummer 2
 - a) 0,0872 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1202 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1449 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1627 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1758 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
2. für Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenz Ausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr
 - a) 0,0564 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,0675 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2
 - c) 0,1074 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1413 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1102 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
3. für Fachkraftpersonal
 - a) 0,0770 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1037 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1551 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,2463 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,3842 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5.

(2) ¹Abweichend von Absatz 1 kann ab dem 1. Juli 2023 eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn

1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder
2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkraftpersonal geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, oder
3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.

²Als sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das

1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Perso-

nalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder

2. für die Zwecke des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wird.

(3) ¹Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarenden personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht,

1. soll die Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, und

2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarenden personelle Ausstattung hinausgeht, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,

a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:

aa) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 eine Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderung beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.2.2016 B3) erfüllt oder

bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des Pflegeberufegesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, Absatz 3, Absatz 4, Absatz 6 oder Absatz 7 des Pflegeberufegesetzes oder

b) das für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 berücksichtigt werden kann, wenn das Bestehen einer berufsqualifizierenden Prüfung aufgrund von berufspraktischen Erfahrungen in der Pflege, sonstigen Qualifizierungsmaßnahmen oder beidem nach landesrechtlichen Regelungen auf die Dauer der in Absatz 1 Nummer 2 genannten Ausbildungen angerechnet werden kann.

²Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. ³Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden. ⁴Der Durchführung einer Ausbildung nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa steht es gleich, wenn die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30. Dezember 2028, begonnen wird und das Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. ²Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen.

³Kommen die Empfehlungen nach Satz 1 nicht innerhalb der dort genann-

ten Frist zustande, wird ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. ⁴Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. ⁵Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. ⁶Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. ⁷Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die Empfehlungen fest. ⁸Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.

(5) ¹Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 sind in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 insbesondere zu regeln:

1. die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung, die sich aus den Personalanhaltswerten für das Pflege- und Betreuungspersonal einschließlich des Anteils der ausgebildeten Fachkräfte aus den Vorgaben der zum 30. Juni 2023 geltenden Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben ergibt; dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgößen und Einrichtungskonzeptionen einzubeziehen,
2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für Qualitätsbeauftragte oder für die Praxisanleitung, die zusätzlich zur personellen Ausstattung nach Absatz 1 vereinbart werden können,
3. die erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal, das von der Pflegeeinrichtung für die personelle Ausstattung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorzuhalten ist; bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können; die erforderlichen Qualifikationen für das vorzuhaltende Personal nach Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 werden auch eingehalten, wenn hierfür das Personal mit einer jeweils höheren Qualifikation vorgehalten wird; im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 wird die Eingruppierung und im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt.

²Geregelt werden kann auch, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 weiter nach Qualifikationen unterteilt werden. ³§ 75 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. ⁴Ab dem 1. Juli 2023 gelten die Empfehlungen nach Absatz 4 als unmittelbar verbindlich, soweit die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 keine Vorgaben nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 regeln.

(6) ¹Ab dem 1. Juli 2023 können Anträge auf Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichen Fachkräften nach § 8 Absatz 6 und von zusätzlichen Pflegehilfskräften nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 jeweils nicht mehr gestellt werden. ²Vergütungszuschläge nach Satz 1, die bis zum Beginn des ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahrens vereinbart oder beschieden worden sind, werden in diesem Pflegesatzverfahren in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 und

die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. ³Die Übertragung hat spätestens bis zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen.

(7) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit prüft alle zwei Jahre, erstmals im Jahr 2025, eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Grundlagen für die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1. ²Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

1. die vorliegenden Erkenntnisse aus der wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b,
2. die Erkenntnisse aus dem Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 8 und
3. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

³Das Bundesministerium für Gesundheit legt unverzüglich im Anschluss an die Prüfung nach Satz 1 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung nach Satz 1 und die tragenden Gründe sowie einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.

(8) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit legt erstmals bis zum 30. Juni 2024 und anschließend alle zwei Jahre, beginnend mit dem 31. Dezember 2025, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie nach Anhörung der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung fest. ²Die Festlegung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 30. Juni 2025, aufgeschlüsselt nach Ländern für den Stichtag 1. Mai 2025, und anschließend alle zwei Jahre, beginnend mit dem 31. Dezember 2026, aufgeschlüsselt nach Ländern für den Stichtag 1. November des Berichtsjahres, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflegesatzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären.

⁴Ferner berichtet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 überschreitet, und über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 3 vorgehalten wird.

⁵Die Grundlagen des Berichts nach den Sätzen 3 und 4 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. März 2024 fest. ⁶Die Grundlagen des Berichts bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Personalthöchstwerte für Pflegepersonal (Abs. 1)	3
IV. Bessere Personalausstattung (Abs. 2)	5
V. Berufsbegleitende Qualifizierung (Abs. 3)	9
VI. Mindestpersonalausstattung, Funktionsstellen, Qualifikationsanforderungen (Abs. 4 und 5)	10
VII. Integration von bisherigem Zusatzpersonal (Abs. 6)	15
VIII. Evaluation, Fortentwicklung (Abs. 7 und 8)	16

I. Geltende Fassung

§ 113c wurde durch das GVWG vom 11.7.2021, BGBl. I 2754, mWv 20.7.2021 **1** vollständig neu gefasst. Seine Neuregelungen setzen die Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“ um und ersetzen daher die für dieses Projekt bislang in § 113c geregelten Grundlagen (BT-Drs. 19/30560, 75). Durch das PUEG vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155, wurden mWv 1.7.2023 Abs. 2 ergänzt, Abs. 3 S. 1 Nr. 2 geändert und S. 4 angefügt, die Abs. 5 Nr. 2 und 3 sowie Abs. 7 neu gefasst und Abs. 8 ergänzt. In Abs. 8 wurden die S. 1, 3 und 5 geändert mWv 16.12.2023 durch Gesetz vom 12.12.2023, BGBl. I Nr. 359.

II. Normzweck und Überblick

Die Regelungen des § 113c sollen eine bundesweit einheitliche Bemessung des **2** Pflege-Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen bewirken. Zu diesem Zweck werden einheitliche Personalanhaltswerte für Fachkräfte, Hilfskräfte mit und ohne Ausbildung in Abs. 1 vorgegeben. Die verankerten Höchstwerte können in den Fällen des Abs. 2 überschritten werden. Abs. 3 trifft Regelungen für die berufsbegleitende Qualifizierung von Hilfskräften. Ziel ist es, insbesondere mehr Hilfskräfte mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung zu gewinnen und dafür die Ausbildungskapazitäten zu erhöhen (BT-Drs. 20/6544, 77 f.). Die Mindestpersonalausstattung, besondere Funktionsstellen und die erforderliche Qualifikation für Pflege- und Betreuungspersonal sind nach Abs. 5 in Rahmenverträgen (§ 75) festzulegen. Nach Abs. 4 sind für diese Verträge Empfehlungen der Institutionen der Selbstverwaltung auf Bundesebene vorgesehen. Nach Abs. 6 wird das bisher über gesonderte Zuschläge finanzierte zusätzliche Fachkraft- (§ 8 Abs. 6) und Hilfskraftpersonal (§ 84 Abs. 9) in die reguläre Pflegesatzvereinbarung und die ihr zugrunde liegenden Leistungs- und Qualitätsmerkmale integriert. Im Zuge einer Evaluation nach Abs. 7 werden die Anpassung der Personalanhaltswerte geprüft und auf deren Grundlage nach Abs. 8 alle zwei Jahre bundesweite Zielwerte festgelegt.

III. Personalthöchstwerte für Pflegepersonal (Abs. 1)

Der Gesetzgeber hatte die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und **3** des neuen Begutachtungsverfahrens zum Anlass genommen, die auch zuvor bereits fachlich immer wieder diskutierte Frage einer qualitativ wie quantitativ hinreichen-

den Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen anzugehen. Fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen sollten hierfür einheitliche Maßstäbe entwickeln, wobei insbesondere auch die Qualifikationsanforderungen, der Personumfang und die fachliche Angemessenheit der Personalausstattung zu berücksichtigen waren (§ 113c Abs. 1 S. 4 idF bis 19.7.2021). Zu entwickeln waren Maßstäbe für Anhaltswerte mit Bezug auf Gruppen von Pflegebedürftigen mit vergleichbarem Hilfebedarf; zu berücksichtigen war auch das Verhältnis der Qualität der Maßnahmen zur Gehaltsstruktur der Beschäftigten (BT-Drs. 18/6688, 136). Das (erste) Ergebnis des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“ findet sich nunmehr in Abs. 1. Im Abschlussbericht des Projekts wird eine an der Bewohnerstruktur nach Pflegegraden bemessene Personalausstattung vorgeschlagen. Diese orientiert sich im Hinblick auf die Kompetenzen und die Qualifikation des Pflege- und Betreuungspersonals an den pflegerischen Aufgaben entsprechend dem Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14). Dabei ist zu beachten, dass der Bedarf im Einzelnen nicht grundsätzlich mit einem höheren Pflegegrad steigt. So wird der unmittelbar körperlöpferische Bedarf einer Person mit Pflegegrad 5 im Zweifel höher sein als derjenige einer Person mit Pflegegrad 2; im Bereich der pflegerischen Betreuung kann sich dieses Verhältnis mit Blick auf die persönlichen Wünsche und Fähigkeiten jedoch auch umkehren. Insoweit benötigen die Pflegebedürftigen aber ggf. auch eine vom Umfang her voneinander abweichende Mischung unterschiedlicher Qualifikationen der Pflege- und Betreuungskräfte. Neben Fach- und Hilfskräften ohne Ausbildung ist nach Auffassung des Gesetzgebers insbesondere mehr Hilfskraftpersonal mit einer landesrechtlich geregelten Helfer- und Assistenz Ausbildung erforderlich (BT-Drs. 19/30560, 75). Um das Ziel bundesweit einheitlicher Personalbemessungsvorgaben sukzessive zu erreichen, ordnet das Gesetz für diese drei Personalgruppen in Abs. 1 entsprechend der Verteilung der Bewohner **nach Pflegegraden** eine Personalausstattung nach sog. **Vollzeitäquivalenten** an (zur Berechnung BT-Drs. 19/30560, 76). Nach dem eigenen Verständnis des Gesetzgebers ist mit der gegenwärtigen Regelung ein **Zwischenschritt** vorgenommen worden (Konvergenzphase); perspektivisch geht er von einem weiteren Personalausbau aus (BT-Drs. 19/30560, 76). Auch wenn die Vorgaben des Abs. 1 als Höchstwerte ausgestaltet sind, sind diese **nicht zwingend** (so auch BeckOGK/Opolony, Stand: 1.3.2022, Rn. 12). Zwingend ist vielmehr nur die weiterhin in Rahmenverträgen (§ 75) vereinbarte Mindestpersonalausstattung. Über die Vorgaben des Abs. 1 hinaus kann mehr Personal in den Fällen des Abs. 2 für eine Pflegeeinrichtung vereinbart werden.

- 4 Die vom Gesetzgeber schon avisierte Weiterentwicklung der Personalausstattung wird für die Beschreibung der Leistungen der Einrichtungen wie auch für ihre Vergütung von entscheidender Bedeutung sein. Trotz der bundeseinheitlichen Vorgaben soll deren Fortschreibung auf den in den Ländern gewachsenen Strukturen und Vorgehensweisen aufbauen und kann auch auf Erkenntnisse in anderen Leistungsbereichen, zB der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, zurückgreifen. So ist zB eine **Differenzierung zwischen direkten und indirekten Leistungen** (§ 113c Abs. 1 S. 3 idF bis 19.7.2021) im Rahmen der Leistungsdefinition und deren daraus abgeleiteter Vergütung nicht neu. Zu unterscheiden sind etwa die unmittelbar persönlich gegenüber dem Pflegebedürftigen erbrachten Leistungen (vis-à-vis), deren Dokumentation, Fall- und Teambesprechungen, Pflegeplanung, Kontakt zu Angehörigen und Betreuern, Supervision und strukturelle Aufgaben (Leitung, Verwaltung, Zusammenarbeit mit Verbänden). Zutreffend ist dabei auch die immanente Annahme des Gesetzgebers, dass je nach Aufgabe in den **verschiedenen Lebensbereichen**, wie sie der Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 zugrunde gelegt werden, **unterschiedliche fachliche Qualifikationen** der Mitarbeitenden erforderlich sind. Das qualitativ und quantitatives zu

beschreibende Maß muss dabei einerseits eine fachlich angemessene Versorgung der Pflegebedürftigen erlauben, die dann wiederum auch für die jeweilige Pflegeeinrichtung refinanzierbar sein muss; andererseits wird die Frage einer angemessenen Personalausstattung und deren Kosten als Kontrollüberlegung ins Verhältnis zu diesem Maß zu setzen sein. Bald über all dem steht angesichts des grassierenden Personalmangels die Frage der tatsächlichen Umsetzbarkeit. Ob die nunmehr festgelegten Vorgaben des Abs. 1 sich insoweit als praxistauglich erweisen, bleibt abzuwarten.

IV. Bessere Personalausstattung (Abs. 2)

Mit der Einführung eines solchen einheitlichen Verfahrens beabsichtigt der Gesetzgeber, **bundesweit Standards** zu setzen (BT-Drs. 19/30560, 75). Die im Rahmen der Selbstverwaltung auf Landesebene gewachsenen Strukturen und Vereinbarungen zu sog. Personalrichtwerten und Personalschlüsseln (Rahmenverträge nach § 75, Beschlüsse von Pflegesatzkommissionen nach § 86) werden so eine Anpassung erfahren. Zwar sind bei der Entwicklung des einheitlichen Verfahrens die jeweiligen Entwicklungen auf Landesebene zu berücksichtigen (vgl. bereits BT-Drs. 18/5926, 104); eine Angleichung ist aber nach Sinn und Zweck der Vorschrift eindeutig gewünscht. Abs. 2 S. 1 ermöglicht in drei Fällen eine Überschreitung der Höchstwerte des Abs. 1.

Nach S. 1 Nr. 1 kann für eine Pflegeeinrichtung, deren Leistungs- und Qualitätsmerkmale in der **Pflegesatzvereinbarung** (§ 84 Abs. 5 S. 2 Nr. 2) bereits eine höhere Personalausstattung vorsehen, diese auch weiterhin vereinbart werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegeeinrichtung dieses Personal auch tatsächlich vorhält. Mit der Einführung des bundeseinheitlichen Standards nach Abs. 1 soll also keine Verschlechterung einer bereits bestehenden Versorgungssituation bewirkt werden. Der Gesetzgeber will damit insbesondere bewirken, dass vorhandenes Fachkraftpersonal weiterhin beschäftigt werden kann (BT-Drs. 19/30560, 77). Das „tatsächliche Vorhalten“ iSd der Regelung ist aber nicht statisch gemeint. Personalwechsel finden selbstverständlich regelmäßig statt. Es muss daher der Einrichtung unbenommen bleiben, freierwerdende Stellen während der Laufzeit der Vereinbarung auch wieder neu zu besetzen. Dazu ist sie nach ihrer Pflegesatzvereinbarung auch rechtlich verpflichtet, ist die vereinbarte Personalausstattung doch schließlich die Grundlage für die an sie anknüpfenden Vergütungen (§ 115 Abs. 3). Insofern kann auch ein vorübergehender Einsatz von Zeitarbeitskräften erforderlich sein; auch dieser wäre für die weitere Anwendbarkeit des Abs. 2 S. 1 Nr. 1 unschädlich. Die Regelung ist also einrichtungsbezogen zu verstehen und nicht nur bezogen auf konkrete zum 1.7.2023 bestehende Beschäftigungsverhältnisse. Solange die Pflegeeinrichtung also die abstrakt vereinbarte höhere Personalausstattung tatsächlich vorhält, hat sie auch einen Anspruch auf die fortgesetzte Vereinbarung derselben.

Soweit zum 30.6.2023 durch einen **Rahmenvertrag** (§ 75) auf Landesebene bereits eine höhere Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen vorgesehen ist als nach Abs. 1, treten dessen Vorgaben an die Stelle des Abs. 1 (BT-Drs. 19/30560, 77). Länder, in denen eine bessere Personalausstattung also schon Standard war, sind mithin nicht gezwungen, sich an ggf. niedrigere bundesweite Standards anzupassen. Die bundeseinheitlichen Vorgaben können damit auch insoweit nur eine Verbesserung der Personalausstattung in Ländern bewirken, die dieses Niveau bislang nicht erreicht hatten. Die Befugnisse der Rahmenvertragsparteien werden durch § 113c also nicht beschnitten. Dadurch eröffnet das Gesetz für jede Pflegeeinrichtung im Anwendungsbereich eines solchen Rahmenvertrages die Möglichkeit, eine höhere Personalausstattung als nach Abs. 1 zu vereinbaren. Hierfür kommt es im Unterschied zur Abs. 2 S. 1 Nr. 1 nicht darauf an, ob die Einrichtung dieses Personal bereits vorhält, sondern sie kann auch prospektiv eine verbesserte Ausstattung inner-

halb des vom Rahmenvertrag vorgegebenen Umfangs vereinbaren. Die Ausnahmetatbestände des Abs. 2 S. 1 Nr. 1 u. 2 stehen nebeneinander. Soweit die Voraussetzungen der Nr. 1 im Einzelfall erfüllt sind, ist der Rückgriff auf Nr. 2 zwar nicht notwendig (so BT-Drs. 19/30560, 77); soweit der Anwendungsbereich der Nr. 2 jedoch eröffnet ist, kommt es auf die weitere Voraussetzung des tatsächlichen Vorhaltens der Nr. 1 indes auch für diejenigen Pflegeeinrichtungen nicht mehr an, die ggf. zwischenzeitlich das bereits schon vereinbarte Personal nicht mehr vorgehalten haben. Solche Einrichtungen können also im Anwendungsbereich eines entsprechenden Rahmenvertrages auch zu einem späteren Zeitpunkt zu einer verbesserten Personalausstattung zurückkehren. Angesichts dessen erscheint es durchaus fragwürdig, dass das Gesetz für einen solchen Rahmenvertrag einen **Stichtag** enthält. Dem Sinn und Zweck der Regelungen des Abs. 2 S. 1 Nr. 2 nach erscheint auch eine spätere rahmenvertragliche Regelung möglich, die in ihrem Anwendungsbereich eine höhere Personalausstattung vorsieht.

- 8 Schließlich erlaubt Abs. 2 S. 1 Nr. 3 eine Überschreitung der Personalausstattung nach Abs. 1 **aus sachlichen Gründen**. Diese können vielfältig sein und sind insbesondere aus den Anforderungen der Bewohnerschaft der Einrichtung ableitbar. So können erhöhte Personalbedarfe aus einem besonderen Einrichtungskonzept, der Versorgung bestimmter Personengruppen, zB demenziell Erkrankte, oder anderweitigen Versorgungsschwerpunkten folgen (BT-Drs. 19/30560, 77). Auch dieser Ausnahmetatbestand spricht nochmals für ein einrichtungsbezogenes Verständnis dieses Absatzes, ist doch hiernach das Leistungsgeschehen der Einrichtung maßgeblich und nicht der zufällig zum 1.7.2023 vorhandene Personalbestand. Nach Abs. 2 S. 2 stellt auch die Einrichtung eines Personalpools einen sachlichen Grund dar. Sog. **Sprinterpools** und anderweitige betriebliche Konzepte, die vorübergehende Personalengpässe ausgleichen sollen und den Einsatz von Zeitarbeitskräften verzichtbar machen, rechtfertigen die Vereinbarung einer umfangreicheren Personalmenge. Dadurch soll auch dem vermehrten Einsatz von Zeitarbeitskräften entgegenengewirkt werden (BT-Drs. 20/6544, 78).

V. Berufsbegleitende Qualifizierung (Abs. 3)

- 9 Die Regelungen des Abs. 3 knüpfen an die nach Abs. 5 Nr. 1 durch Rahmenverträge (§ 75) festzulegende Mindestpersonalausstattung der Einrichtungen an. Für den Fall, dass diese Mindestausstattung überschritten wird, sieht Abs. 3 S. 1 Nr. 1 vor, dass die Einrichtungen zusätzliche **Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung** entsprechend dem Modellprogramm nach § 8 Abs. 3b durchführen. Diese Soll-Vorschrift greift indes erst, wenn entsprechende Erkenntnisse aus dem Modellprogramm vorliegen und den Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurden (BT-Drs. 19/30560, 77). Es bleibt unabhängig davon jeder Einrichtung unbenommen, derlei Maßnahmen zu ergreifen; Rechtsfolgen für den Fall, dass entsprechende Maßnahmen unterbleiben, enthält die Regelung nicht. Warum diese Soll-Vorgabe an die Überschreitung der Mindestpersonalausstattung anknüpft, begründet der Gesetzgeber nicht weiter. Von größerer Bedeutung ist die Regelung des Abs. 3 S. 1 Nr. 2, wonach die Einrichtung für den Fall, dass sie die Mindestpersonalausstattung überschreitet, Pflegehilfskraftpersonal bereits während einer laufenden, berufsbegleitenden Qualifizierung entsprechend einsetzen kann. Dies gilt sowohl für Hilfskräfte, die nach § 12 Abs. 2 PflBG eine nach Landesrecht geregelte Assistenz- und Helferausbildung durchlaufen, wie auch für Auszubildende, die eine Fachkraftausbildung nach den Teilen 2, 3 und 5 des PflBG machen oder einen Anpassungslehrgang nach §§ 40, 41 PflBG durchlaufen (lit. a). Erstere sind bei den Stellenanteilen iSd des Abs. 1 Nr. 2, im Übrigen sind diese bei den Stellenanteilen iSd Abs. 1 Nr. 3 anzusetzen. Darüber hinaus kann Pflegehilfskraftpersonal nach lit. b

für die Stellenanteile nach Abs. 1 Nr. 2 berücksichtigt werden, wenn berufspraktische Erfahrungen bei der berufsqualifizierenden Prüfung angerechnet werden können. Schließlich kann nach Abs. 3 S. 4 in der Übergangsphase bis 30.12.2028 auf der Grundlage einer entsprechenden Absichtserklärung berufserfahrenes Hilfskraftpersonal berücksichtigt werden, wenn der Beginn einer landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzausbildung vereinbart und das Personal mindestens im Umfang hälftiger Vollzeitbeschäftigung tätig ist. Sollte die vereinbarte Ausbildung tatsächlich nicht angetreten werden, soll dies nicht zu Lasten der Pflegeeinrichtung gehen (BT-Drs. 20/6544, 79). Die **Finanzierung berufsbegleitender Ausbildungen** nach § 8 Abs. 6 und § 84 Abs. 9 iVm § 85 Abs. 9–11 wird nach Abs. 3 S. 2 u. 3 fortgeführt. Ist die Hilfskraft ein Jahr tätig, kann die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehelfskraft und der Ausbildungsvergütung berücksichtigt werden; darüber hinaus können Ausbildungsaufwendungen refinanziert werden, die nicht anderweitig nach § 82a oder dem Ausgleichsfonds nach dem PflBG finanziert sind (BT-Drs. 20/6544, 79). Bis zum Beginn einer solchen Ausbildung werden Hilfskräfte über die Stellenanteile iSd Abs. 1 Nr. 1 finanziert (BT-Drs. 19/30560, 77). Die Regelungen zur Finanzierung sind zwar als „Kann“-Regelungen formuliert, der Gesetzesbegründung nach ist aber davon auszugehen, dass die jeweilige Finanzierung zu erfolgen hat, wenn die Voraussetzungen vorliegen.

VI. Mindestpersonalausstattung, Funktionsstellen, Qualifikationsanforderungen (Abs. 4 und 5)

Während nach Abs. 1 Höchstwerte für das Pflege- und Betreuungspersonal definiert werden, obliegt es den Rahmenvertragsparteien nach § 75, die **Mindestpersonalausstattung** festzulegen (Abs. 5 S. 1 Nr. 1). § 113c enthält insofern ergänzende Vorgaben zu § 75, der im Übrigen den Inhalt der Rahmenverträge vorgibt, die für die Leistungsträger wie die Einrichtungen unmittelbar verbindlich sind (Abs. 5 S. 3 iVm § 75 Abs. 1 S. 4). Die Personalanhaltswerte des Abs. 1 sind dabei zu berücksichtigen; es ist also eine sachgerechte Spannweite zwischen der minimal und der maximal festzulegenden Personalausstattung zu bestimmen. Die bisherigen **Rahmenverträge** sind insoweit zu überprüfen und ggf. anzupassen. Dabei können bisher bereits bestehende Regelungen fortgeschrieben werden. Dies gilt insbesondere für die Personalausstattung in der Nacht, die Fachkraftquote, besondere Einrichtungsstrukturen und eine konzeptionell begründete besondere Personalausstattung. Der Gesetzgeber will damit insbesondere sicherstellen, dass Vorgaben, die Alleinarbeit in der Nacht vermeiden oder einer besonderen Bewohnerklientel, zB demenziell Erkrankten, dienen, fortgeführt werden (BT-Drs. 19/30560, 77). Umgekehrt ist darauf zu achten, dass etwa die Besetzung in der Nacht nicht zu Lasten der Pflege- und Betreuungskapazitäten am Tage geht (vgl. die Empfehlungen nach Abs. 4 v. 22.2.2023, S. 3, dort Abs. 4). Die Rahmenvertragsparteien müssen dabei vor allem auch die Anforderungen des jeweiligen Ordnungsrechts der Länder beachten. Der Bundesgesetzgeber appelliert an die Landesgesetzgeber, dafür Sorge zu tragen, dass das **Ordnungsrecht** der Umsetzung der sozialrechtlich definierten Personalbemessung nicht entgegensteht. Insbesondere soll sich die einzuhaltende Fachkraftquote aus dem Rahmenvertrag ergeben (BT-Drs. 19/30560, 78). Bislang gilt das Gegenteil: das Landesrecht definiert regelmäßig eine Fachkraftquote von 50 %, und zwar unabhängig von den sozialrechtlich in der Pflegesatzvereinbarung zu treffenden Vorkehrungen, damit diese ordnungsrechtliche Vorgabe auch tatsächlich eingehalten werden kann (vgl. Weber BayVBl. 2020, 403 (407 f.)). Nach den Vorstellungen des Bundesgesetzgebers sollen die Einrichtungen indes mehr Hilfskraftpersonal beschäftigen können, ohne in Konflikt mit der vorgegebenen Fachkraftquote zu geraten. Diese soll sich also auf die im Rahmenvertrag festgelegte Mindestpersonalausstattung bezie-

hen. Unterschreitet eine Pflegeeinrichtung in ihrer Pflegesatzvereinbarung bislang diese Mindestpersonalausstattung, sind hierfür **Übergangsregelungen** im Rahmenvertrag zu treffen (vgl. auch die Empfehlungen nach Abs. 4 v. 22.2.2023, S. 2, dort Abs. 1).

- 11 Nach Abs. 5 S. 1 Nr. 2 sind in den Rahmenverträgen nach § 75 auch Vorgaben für den Personalbedarf zu machen, der neben dem unmittelbar in der Bewohnerversorgung tätigen Pflege- und Betreuungspersonal zusätzlich anfällt (ausdrücklich BT-Drs. 20/6983, 93). Das Gesetz verweist hierfür – ausdrücklich beispielhaft – auf die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte und die Praxisanleitung im Rahmen der Ausbildung. Hierbei handelt es sich um Personal, das erforderlich ist und auf das eine Pflegeeinrichtung nicht verzichten kann. Dieses ist deshalb auch zwingend Gegenstand der Pflegesatzvereinbarung, denn nur, wenn dieses Personal berücksichtigt wird, kann die Pflegesatzvereinbarung leistungsgerecht iSd § 84 Abs. 2 S. 1 sein (vgl. BeckOGK/Weber § 84 Rn. 8 f.). Entsprechendes gilt für Personalaufwand, der sich aus anderen gesetzlichen Vorschriften ergibt, insbesondere für Betriebs- und Personalräte bzw. Mitglieder von Mitarbeitervertretungen oder Beauftragte für Hygiene, Arbeitssicherheit oder Datenschutz. Da diese während der Wahrnehmung ihrer Aufgaben für ihre eigentliche dienstliche Funktion ausfallen, ist dieser **besondere Personalbedarf** nach Abs. 5 S. 1 Nr. 2 gesondert vorzusehen. Auch aus dem Rahmenvertrag selbst oder den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einer Pflegeeinrichtung kann sich weiterer zwingender Personalbedarf ergeben. Dies gilt im Übrigen nicht nur für Pflege- und Betreuungskräfte, die von der Pflege freigestellt sind, sondern auch für alle anderen Personalgruppen einer Pflegeeinrichtung.
- 12 Der Gesetzgeber überlässt nach Abs. 5 S. 1 Nr. 3 den Rahmenvertragsparteien ferner die Definition der **Qualifikationsanforderungen** für das nach Abs. 1 oder Abs. 2 vorzuhaltende Personal. Die entsprechenden Regelungen werden daher eine Aufzählung von Ausbildungsberufen bzw. Abschlüssen enthalten, die für die Zuordnung zu den Personalgruppen des Abs. 1 Nr. 1–3 Voraussetzung sind. Nach Nr. 3 Hs. 2 ist insbesondere für die Fachkräfte zu regeln, welche Qualifikationen über den Kernbereich der Pflege hinaus aus dem Gesundheits- und Sozialbereich als Fachkräfte gelten. Diese Handhabe entspricht auch dem Ordnungsrecht der Länder (BT-Drs. 19/30560, 78). In Betracht kommen hierfür insbesondere Ergo-, Logo- und Physiotherapeuten, Erzieher, Heil- und Sozialpädagogen oder Heilerziehungspfleger, aber auch medizinische Fachangestellte oder entsprechend qualifizierte aus dem Bereich der Hauswirtschaft oder der Familienpflege. Zu berücksichtigen ist insbesondere im Bereich der Betreuung auch das jeweilige Einrichtungskonzept, das auch den Einsatz anderweitiger Fachkräfte erforderlich machen kann. Sachgerecht kann im Bereich der Hilfskräfte (Abs. 1 Nr. 1) auch eine weitergehende Unterteilung sein, um besondere Anforderungen abbilden zu können (Abs. 5 S. 2). Angesichts der immer ausdifferenzierteren Ausbildungs- und Studiengänge – auch im Ausland – mit variierenden Bezeichnungen genügt eine beispielhafte Aufzählung, um die jeweilige Fortentwicklung dynamisch einbeziehen zu können. **Höher qualifiziertes Personal** kann auch in den niedrigeren Qualifikationsstufen berücksichtigt werden (Abs. 5 S. 1 Nr. 3 am Ende); die im Gesetz vorgesehene Eingruppierung und die damit verbundene Entlohnung entsprechend der ausgeübten Tätigkeit kann arbeitsrechtlich in Konflikt geraten mit der jeweils geltenden tariflichen oder kirchenarbeitsrechtlichen Regelung. Letztere wären für das Rechtsverhältnis zwischen Einrichtung und Beschäftigten indes maßgebend. Das gesetzgeberische Ziel, mit dem verfügbaren Personal die Personalanhaltswerte möglichst zu erreichen (BT-Drs. 20/6544, 79), dürfte im Übrigen durch diese für die Pflegesatzvereinbarung relevante Vorgabe konterkariert werden. Die Bereitschaft, eine Tätigkeit auszuüben, für die eine geringere Qualifikation erforderlich ist, dürfte erheblich sinken, wenn dies mit Gehaltseinbußen verknüpft ist. Sachgerecht dürfte es daher eher sein, dass die Einrichtung einen etwaigen Mehraufwand für gleichwohl höher vergütetes Per-

sional bei der Pflegesatzvereinbarung auch berücksichtigen kann. Die Qualitätsverbesserung für die Bewohnerschaft der Einrichtung rechtfertigt dies.

Nach Abs. 4 ist vorgesehen, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsame Empfehlungen für den Inhalt der Rahmenverträge abgeben. Diese **Empfehlungen auf Bundesebene** sind unter Beteiligung des MD, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., unabhängiger Sachverständiger, der Bundesvereinigung kommunaler Spitzenverbände, der Bundesarbeitsgemeinschaften der überörtlichen Träger der Sozial- und der Eingliederungshilfe sowie der Verbände der Pflegeberufe und der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung der Betroffenen zu erarbeiten (S. 1 u. 2). Entsprechende Empfehlungen datieren vom 22.2.2023. Für den Fall, dass die Empfehlungen nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist zustande kommen (bzw. gekommen wären), ist ein Schiedsverfahren vorgesehen. Das Gesetz enthält für die Besetzung des Schiedsgremiums (S. 3–6), seine Beschlussfassung (S. 7) und die Kosten (S. 8) gesonderte Regelungen (ausf. hierzu jurisPK-SGB XI/Altmiks Rn. 26 ff.).

Nach Abs. 5 S. 4 treten diese Empfehlungen auf Bundesebene – unmittelbar verbindlich – an die Stelle der Rahmenverträge nach § 75, wenn diese keine Regelungen entsprechend Abs. 5 S. 1 Nr. 1–3 enthalten. Das Gesetz stellt hierfür wiederum auf den Stichtag des 1.7.2023 ab. Es bleibt indes den Rahmenvertragsparteien unbenommen, auch nach diesem Stichtag entsprechende Regelungen zu treffen. Erfolgen solche Regelungen, verdrängen sie die Bundesempfehlungen wieder, denn aus S. 4 ergibt sich ein **Rangverhältnis zugunsten des Rahmenvertrages** als der ortsnäheren Regelungsebene. Hierfür spricht auch die insgesamt dem § 113c zu entnehmende Linie, wonach landesspezifische Regelungen möglich bleiben und dann auch vorrangig sind (Abs. 2). Der Vorschrift ist auch nicht zu entnehmen, dass die Rahmenvertragsparteien ihre Gestaltungsmöglichkeiten verlieren, wenn die Bundesempfehlungen (zunächst) an die Stelle des Rahmenvertrages getreten sind. Dies ergibt sich systematisch auch zwingend aus dem Umstand, dass nach § 75 Abs. 4 ein Schiedsverfahren über den Rahmenvertrag geführt werden kann, dessen rechtskräftiger Abschluss ggf. erst nach Beschreiten des Rechtsweges erfolgt. Dafür ist der Zeitraum zwischen dem Inkrafttreten der Neufassung des § 113c und dem 1.7.2023 zu kurz. Abs. 5 S. 4 ist daher so zu lesen, dass die Bundesempfehlungen „so lange“ an die Stelle des Rahmenvertrages treten, bis dieser entsprechende, ggf. abweichende Regelungen enthält (so auch jurisPK-SGB XI/Altmiks Rn. 49). Die Bundesempfehlungen decken mithin nur eine Zwischenzeit ab (ausdr. BT-Drs. 19/30560, 78). Die Empfehlungen vom 22.2.2023 sind denn auch aus sich heraus gar nicht geeignet, dauerhaft an die Stelle eines Rahmenvertrages zu treten.

VII. Integration von bisherigem Zusatzpersonal (Abs. 6)

Die bislang in Vergütungszuschlägen nach § 8 Abs. 6 und § 84 Abs. 9 iVm § 85 Abs. 9–11 geregelte Finanzierung zusätzlicher Fach- und Hilfskraftstellen läuft mit den Neuregelungen des § 113c aus. Die entsprechenden Personalanteile sind in den Anhaltswerten des Abs. 1 bereits enthalten. Sie sind künftig daher in den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen (§ 84 Abs. 5) abzubilden. Der damit verbundene Personalkostenaufwand ist hiernach **in die regulären Pflegesätze** aufzunehmen; der Zuschläge bedarf es dann nicht mehr. Nach Abs. 6 ist daher die Vereinbarung der bisherigen Zuschläge nicht mehr möglich. Das Gesetz räumt den Vertragsparteien für diese Integration längstens Zeit bis zum 31.12.2025 ein (Abs. 6 S. 3). Da die Zuschläge bislang allein von den Pflegekassen getragen und die Pflegebedürftigen nicht belastet wurden (§ 8 Abs. 6 S. 7, § 84 Abs. 9 S. 3), führt ihre Integration in die Pflegesatzvereinbarung zu einer **Mehrbelastung**. Der Gesetzgeber will deshalb

die entsprechenden Einsparungen zur Reduzierung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile der Pflegebedürftigen nutzen (BT-Drs. 19/30560, 78). Ob dies angesichts der Finanzierungslücken der Pflegeversicherung realistisch ist, bleibt abzuwarten. Perspektivisch sollen auch die Vergütungszuschläge nach § 84 Abs. 8 iVm § 85 Abs. 8 für zusätzliche Betreuung und Aktivierung (§ 43b) in die Pflegesätze überführt werden (BT-Drs. 19/30560, 79).

VIII. Evaluation, Fortentwicklung (Abs. 7 und 8)

- 16 Der mit der neuen Personalbemessung im Zweifel einhergehende Mehrbedarf an Personal ist auch nach der Einschätzung des Gesetzgebers mutmaßlich vom gegenwärtigen **Arbeitsmarkt** nicht zu decken. Voraussetzung für einen tatsächlichen Erfolg ist daher sowohl das Gewinnen neuen Pflege- und Betreuungspersonals, insbesondere durch weitere Qualifizierung, wie auch eine Steigerung der Effizienz (BT-Drs. 19/30560, 79). Eine insoweit tatsächlich für die Pflegebedürftigen spürbare Verbesserung wird indes erst gelingen, wenn weniger Zeit für indirekte Leistungen, insbesondere für die Dokumentation, anfällt und dadurch mehr Zeit für die Pflege und Betreuung bleibt. Eine zeitliche Beschleunigung der Leistungserbringung im Sinne einer Effizienzsteigerung ist dagegen weder realistisch noch den Beteiligten zuzumuten. Der Gesetzgeber hat angesichts dessen in Abs. 7 eine Evaluation der Neuregelungen des § 113c vorgesehen. Dies setzt eine entsprechende Erhebung durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen voraus. Die aufbereiteten Daten sollen die Grundlage für die **Weiterentwicklung der Anhaltszahlen** und der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung sein (BT-Drs. 19/30560, 19). Auf den Abschluss von Modellprojekten nach § 8 Abs. 3b soll es dabei nicht ankommen (BT-Drs. 20/6544, 79). Für die Mindestpersonalausstattung soll es nach Abs. 8 künftig alle zwei Jahre **bundeseinheitliche Zielwerte** geben. Wie absehbare Zielkonflikte im Wettbewerb um Arbeitskräfte praktisch vermieden werden können, bleibt abzuwarten. Die durch das PUEG eingefügte und bzgl. des zeitlichen Ablaufs nochmals geänderte Berichtspflicht nach Abs. 8 soll eine Überprüfung der Zielwerte ermöglichen. Die nach Maßgabe der Zielwerte anzustrebende personelle Ausstattung wird dabei auf absehbare Zeit kein bundesweit einheitliches Niveau erreichen können (so aber die gesetzgeberische Absicht nach BT-Drs. 20/6544, 80). Dagegen sprechen sowohl die landestypisch gewachsenen Strukturen wie auch die Arbeitsmarktsituation, die auch durch Zuwanderung aus dem Ausland nicht das notwendige Volumen für das angestrebte Niveau erreichen wird. Die nach Abs. 8 „festzulegenden“ Zielwerte sind daher auch nicht verbindlich, sondern ihnen kann nur eine Appellfunktion zukommen.

§ 114 Qualitätsprüfungen

(1) ¹Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. ²Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsfang. ³Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. ⁴Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen. ⁵Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind ab dem 1. Januar 2014 verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversor-

gung in den Einrichtungen geregelt sind. ⁶Sie sollen insbesondere auf Folgendes hinweisen:

1. auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze,
2. auf den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken sowie
3. ab dem 1. Juli 2016 auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz.

⁷Wesentliche Änderungen hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung, der Arzneimittelsversorgung sowie der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz sind den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von vier Wochen zu melden.

(2) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung). ²Die Richtlinien nach § 114c zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität sind zu beachten. ³Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse. ⁴Zu prüfen ist, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. ⁵Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). ⁶Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. ⁷Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 43b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) und der Zusatzleistungen (§ 88). ⁸Auch die nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in die Regelprüfung einzubeziehen, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. ⁹In die Regelprüfung einzubeziehen sind auch Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches, die auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen gemäß § 132l Absatz 5 Nummer 4 des Fünften Buches erbracht werden, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. ¹⁰In den Fällen nach Satz 10 ist in die Regelprüfung mindestens eine Person, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem der in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches genannten Orte erhält, einzubeziehen. ¹¹Die Regelprüfung umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen. ¹²Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht und, sofern stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 geprüft werden, ob die Verpflichtung zur Übermittlung von Daten nach § 35 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes erfüllt wurde.

(2a) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Kranken-

kassen und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen, insbesondere, unter welchen Voraussetzungen Prüfaufträge angesichts der aktuellen Infektionslage angemessen sind und welche spezifischen Vorgaben, insbesondere zur Hygiene, zu beachten sind.² Dabei sind insbesondere die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen.³ Der Beschluss nach Satz 1 ist entsprechend der Entwicklung der SARS-CoV-2-Pandemie vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu aktualisieren.⁴ Er ist für die Landesverbände der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. verbindlich.

(3)¹ Die Landesverbände der Pflegekassen haben im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind.² Hierzu können auch Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den für weitere Prüfverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden getroffen werden.³ Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfungsumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn

1. die Prüfungen nicht länger als neun Monate zurückliegen,
2. die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
3. die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist.

⁴ Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.

(4)¹ Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus; er umfasst eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität.² Gibt es im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, sind die betroffenen Pflegebedürftigen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen.³ Die Prüfung ist insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen.⁴ Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Grundlagen des Prüfauftrages (Abs. 1)	3

	Rn.
1. Prüfstellen und Prüfgegenstand	4
2. Prüffarten, Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten	6
3. Qualitätskomponenten	9
4. Sonderregelungen SARS-CoV-2-Pandemie (Abs. 2a)	10
IV. Regelprüfung (Abs. 2)	11
V. Reduzierung von Umfang und Frequenz der Regelprüfung (Abs. 3, Abs. 2 S. 2)	15
VI. Anlass- und Wiederholungsprüfungen (Abs. 4)	17
VII. Prüfkosten	19

I. Geltende Fassung

§ 114 ist durch Art. 1 Nr. 72 PflegeWEG vom 28.5.2008, BGBl. I 874, mWv 1 1.7.2008 neu gefasst worden. Die Vorschrift knüpft an § 112 Abs. 3 idF des PQsG an. Sie ist durch Beschlussempfehlung des AfG gegenüber dem RegE (BT-Drs. 16/7439, 24, Begr. S. 85) erheblich verändert worden (BT-Drs. 16/8525, 50, Begr. S. 102). Stichproben- bzw. Vergleichsprüfung wurden gestrichen (Abs. 1), die Prüffrequenz gem. Abs. 2 auf ein Jahr heraufgesetzt und der Schwerpunkt auf die Ergebnisqualität gelegt. Bereits der RegE zum PflegeWEG hatte den Prüfturnus von idR fünf bis sechs nach bisheriger Praxis auf drei Jahre erhöht. Wegen der jährlichen Prüfung wurden zudem die Vorschriften zur Herabsetzung der Frequenz (Abs. 4) und über Wiederholungsprüfungen (Abs. 5) in der Beschlussempfehlung des AfG neu gefasst. Abs. 3 wurde mWv 1.10.2009 an die heimrechtliche Länderzuständigkeit angepasst durch Art. 2 Abs. 1 Nr. 4 HeimRNG vom 31.7.2009, BGBl. I 2332. Durch Art. 6 Nr. 3 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.7.2011, BGBl. I 1622, wurde mWv 4.8.2011 in Abs. 1 S. 1, Abs. 2 S. 1 und Abs. 4 S. 3 jeweils neben dem MDK der Prüfdienst des PKV aufgenommen. Durch Art. 1 Nr. 41 des PNG vom 23.12.2012, BGBl. I 2246, wurde Abs. 1 mWv 30.10.2012 um die S. 5–7 und Abs. 5 um die S. 4 und 5 (ab 1.1.2015 S. 6 und 7) ergänzt; Abs. 3 wurde neu gefasst. Art. 1 Nr. 27 PSG I vom 17.12.2014, BGBl. I 2222, fügte in Abs. 5 die S. 2 und 3 neu ein und änderte in S. 6 (neu) den Verweis auf die S. 4 und 5. Abs. 1 S. 6 wurde Art. 3 Nr. 3 des Hospiz- und Palliativgesetzes vom 1.12.2015 mWv 8.12.2015, BGBl. I 2114, neu gefasst, S. 7 geändert. Durch Art. 1 Nr. 36 des PSG II vom 21.12.2015, BGBl. I 2424, wurden mWv 1.1.2016 Abs. 2 S. 6 neu gefasst, Abs. 3 S. 3 geändert, Abs. 4 aufgehoben, wodurch der bisherige Abs. 5 zum neuen Abs. 4, wobei S. 4 geändert und die S. 5–7 aufgehoben wurden; durch Art. 2 Nr. 45 wurde Abs. 2 S. 5 redaktionell angepasst. Durch Art. 1 Nr. 21 des PSG III vom 23.12.2016, BGBl. I 3191, wurde mWv 1.1.2017 Abs. 2 S. 5 geändert, S. 6 eingefügt, der dadurch neue S. 7 geändert. Durch das PpSG vom 11.12.2018, BGBl. I 2394, wurde mWv 1.1.2019 Abs. 2 S. 2–4 eingefügt, die bisherigen S. 2–8 wurden dadurch zu den S. 5–11. Durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, BGBl. I 2789, wurden Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 mWv 1.1.2020 geändert. Durch Gesetz vom 1.10.2020, BGBl. I 2208, wurde mWv 1.10.2020 Abs. 2 S. 2 neu gefasst. Durch das GKV-IPReG vom 23.10.2020, BGBl. I 2220, wurden Abs. 2 S. 10 und 11 eingef., die bish. S. 10 und 11 wurden S. 12 und 13 mWv 29.10.2020. Durch Gesetz vom 29.3.2021, BGBl. I 370, wurde mWv 31.3.2021 Abs. 2 S. 2 aufgehoben, wodurch die bisherigen S. 3–13 zu den S. 2–12 wurden, und Abs. 2a eingefügt. Durch Gesetz vom 10.12.2021, BGBl. I 5162, wurden mWv 12.12.2021 Abs. 2a S. 1 und 6 aufgehoben; die bisherigen S. 2–5 wurden zu den S. 1–4, der neue S. 3 wurde zudem geändert. Abs. 2 S. 12 wurde durch Gesetz vom 18.3.2022, BGBl. I 466, mWv 18.3.2022 geändert; durch Gesetz vom 16.9.2022, BGBl. I 1454, wurde Abs. 2 S. 12 mWv 17.9.2022

erneut geändert. Durch das PUEG vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155, wurde Abs. 2a S. 3 mWv 1.7.2023 ergänzt.

II. Normzweck und Überblick

- 2 § 114 regelt die Qualitätsprüfungen für zugelassene Pflegeeinrichtungen. Abs. 1 regelt den Prüfauftrag und definiert die Prüfarten. Abs. 2 gestaltet die Regelprüfung inhaltlich aus; Abs. 2a enthält Sonderregelungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie. Der Prüfungsumfang der Regelprüfung kann aufgrund anderweitiger Prüfungsergebnisse nach Maßgabe von Abs. 3 (Koordinierung mit Qualitätsprüfungen durch die Heimaufsichtsbehörden der Länder) reduziert werden. Abs. 4 regelt den Rahmen für Anlass- und Wiederholungsprüfungen. Die Verfahrensfragen der Qualitätsprüfungen sind in § 114a geregelt.

III. Grundlagen des Prüfauftrages (Abs. 1)

- 3 Der Prüfauftrag bildet den Rahmen für die Qualitätsprüfung nach dem SGB XI. Abs. 1 weist das Initiativrecht zur Einleitung von Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinschaftlich iSd § 81 zu (BeckOGK/Opolony, Stand: 1.3.2022, Rn. 6). Der Auftrag zur Durchführung einer Qualitätsprüfung ist nach Abs. 1 S. 1 von allen Landesverbänden gemeinsam zu erteilen; vor Beginn der Prüfung ist dem Einrichtungsträger Einsicht in den Prüfauftrag zu gewähren und ihm ist ggf. eine Kopie auszuhändigen (LPK-SGB XI/Bachem Rn. 8). Weigert sich das Prüfteam, den Prüfauftrag zu Beginn vorzulegen oder kann es dies schlicht nicht, darf die Prüfung nur mit dem Einverständnis des Einrichtungsträgers erfolgen. Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Prüfung, deren Ergebnis Grundlage für weitere Maßnahmen nach § 115 sein soll, ist unabhängig davon aber die ordnungsgemäße Erteilung des Prüfauftrags. Ist dieser erteilt und hat der Einrichtungsträger in die Prüfung auch ohne Vorlage des Prüfauftrags eingewilligt, sind die Prüfung zulässig und deren Ergebnisse verwertbar (vgl. LSG NRW 26.2.2014 – L 10 P 120/13 B ER, PflR 2014, 524 = SRa 2014, 164 = BeckRS 2014, 67969). Nach Abs. 1 S. 2 sind Gegenstand, Umfang und Art im Prüfauftrag zu benennen. Diese Angaben sollen die Prüfbefugnis und -verpflichtung der Prüfstellen **nachprüfbar begrenzen** (BT-Drs. 16/7439, 86 zu Nr. 72, § 114). Hieraus ergeben sich auch erst die Mitwirkungspflichten des Einrichtungsträgers nach S. 4 (zutreffend LPK-SGB XI/Bachem Rn. 8).

1. Prüfstellen und Prüfgegenstand

- 4 Auftragnehmer einer Prüfung können der MD, der Prüfdienst der PKV (seit 4.8.2011) und unabhängige Sachverständige sein; eigene Mitarbeiter der Pflegekassen kommen insoweit nicht in Betracht (zutreffend LPK-SGB XI/Bachem Rn. 6). Die Prüfung hat zuverlässig und unabhängig durch ein entsprechend qualifiziertes Prüfteam zu erfolgen. Ziff. 6 (stationär) bzw. Ziff. 5 (ambulant) der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien (QPR) treffen Vorgaben zur Zusammensetzung der Prüfteams. Es genügt, wenn ein Mitglied des Prüfteams über die Auditorenausbildung verfügt (LSG NRW 26.2.2014 – L 10 P 120/13 B ER, PflR 2014, 524 = SRa 2014 = BeckRS 2014, 67969). Die Zusammensetzung eines konkreten Prüfteams kann mit Blick auf einzelne Prüfungsgegenstände indes problematisch sein. Die Kompetenz von Ärzten und Pflegefachkräften bezüglich der Bewertung von medizinisch-pflegerischen Fragen dürfte unstreitig sein; für die Bewertung der Betreuungsleistungen, insbesondere auch bezüglich zusätzlicher Betreuung und Aktivierung iSd § 43b, wird man indes erwarten dürfen, dass der jeweilige Prüfer hierfür seinerseits einschlägige

Qualifikationen, insbesondere pädagogische Kenntnisse, besitzt. In der Praxis wird diesem Anspruch an ein **multiprofessionelles Prüfteam** idR (auch im Zusammenwirken mit den Heimaufsichtsbehörden) Rechnung getragen. Ebenso wie im Rahmen einer heimaufsichtsrechtlichen Prüfung mutet es bisweilen jedoch befremdlich an, wenn letztlich nur persönliche Wertungen zB bezüglich der Gestaltung der Räumlichkeiten oder der Speisenqualität zum Gegenstand lobender Erwähnung oder auch von „Mangelfeststellungen“ in Prüfberichten werden.

Prüfgegenstand sind nur gem. §§ 71, 72 zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Zu prüfen ist, ob die Einrichtungen ihre gesetzlichen Verpflichtungen wie auch die nach dem SGB XI insoweit geschlossenen vertraglichen Vereinbarungen, also insbesondere die MuG nach § 113 und die Pflegesatzvereinbarung einschließlich der Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5, einhalten (Abs. 2 S. 4). Nach der Streichung des § 113a sind sog. Expertenstandards als solche nicht verbindlich; die Einrichtungen sind jedoch verpflichtet, ihre Leistungen nach dem Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu erbringen. Pflegewissenschaftliche Standards sind daher bleibend Bezugspunkt für Qualitätsprüfungen und können als fachlicher Maßstab herangezogen werden (BT-Drs. 20/6544, 76). Die von den Landesverbänden der Pflegekassen zu erteilenden Prüfaufträge beruhen nach Abs. 2 S. 3 bei vollstationären Einrichtungen (einschließlich der Kurzzeitpflege) auf den von der Datenauswertungsstelle (§ 113 Abs. 1b) übermittelten Ergebnissen der indikatorengestützten Messung und Darstellung der Ergebnisqualität (→ § 114b Rn. 3). Dazu gehören Informationen über die durch die Datenauswertungsstelle gezogenen Stichproben, das Ergebnis der statistischen Plausibilitätsprüfung sowie ggf. weitere Hinweise auf Qualitätsdefizite oder absehbaren Beratungsbedarf. Die von den Pflegeeinrichtungen erhobenen und an die Datenauswertungsstelle übermittelten Daten sind im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen (BT-Drs. 19/5593, 133). Die einzelnen Prüfinhalte folgen im Übrigen den QPR und der Qualitätsdarstellungsvereinbarung (→ § 115 Rn. 3). Für Leistungserbringer nach § 77 und Ehrenamtliche idS § 45d gelten vertragliche Regelungen.

2. Prüfarten, Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten

Abs. 1 S. 3 legt abschließend die Prüfarten auf Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen fest. Die Regelprüfung und die Anlassprüfung (als Einzelfallprüfung) waren bereits unter der Rechtslage bis 30.6.2008 vorgesehen. Nach der gesetzlichen Konzeption stehen Regel- und Anlassprüfung **nebeneinander**, dh eine unterjährige Anlassprüfung beeinflusst den Rhythmus der Regelprüfung nicht (BT-Drs. 16/8525, 102; ebenso BeckOGK/Opolony, Stand: 1.3.2022, Rn. 16; aA LPK-SGB XI/Bachem Rn. 14). Dafür spricht, dass die ursprünglich abweichende Regelung des RegE (BT-Drs. 16/7439, 24, 86), wonach uU auch Anlass- und Wiederholungsprüfung als – den Fristlauf neu begründende – Regelprüfung angesehen werden konnten, nicht in das Gesetz übernommen worden ist. Möglich ist aber eine Verringerung des Prüfumfangs nach Abs. 3. Die Art der durchzuführenden Prüfung ist im Prüfauftrag festzulegen.

Die **Mitwirkungs- und Duldungspflichten** der Pflegeeinrichtungen nach Abs. 1 S. 4 sind auch in § 112 Abs. 2 S. 1 festgehalten und werden in § 114a weiter konkretisiert. Der beauftragten Prüfinstitution und ihren Auftraggebern wächst in der gesetzlich vorgesehenen Konstellation eine hoheitliche Aufgabe mit Eingriffs- und Prüfrechten zu, die in der Berechtigung der Landesverbände der Pflegekassen gipfelt, einen Bescheid nach § 115 Abs. 2 erlassen zu können. Dies widerspricht dem grundsätzlich gleichrangigen Status von Einrichtungsträgern und den Landesverbänden der Pflegekassen als Vertragspartner. Die Konstruktion passt auch nicht zur Beratungsaufgabe des MD bzw. des Prüfdienstes nach § 112 Abs. 3. Zu differenzieren ist demnach bezüglich des Rechtsgrundes der Mitwirkungs- und Duldungs-

pfllichten. Während solche im Verhältnis zur Heimaufsichtsbehörde im klassischen Über-/Unterordnungsverhältnis des Ordnungsrechts fußen, sind sie im Rahmen der Prüfungen nach § 114 **Teil der vertraglichen Vereinbarungen**. Erfüllt der Einrichtungsträger seine gesetzlich und vertraglich vorgegebenen Pflichten nicht, können die Landesverbände der Pflegekassen dies nach § 74 Abs. 2 zum Anlass für eine fristlose Kündigung nehmen, wenn es sich um eine derart grobe Pflichtverletzung handelt, die eine Fortsetzung des Vertragsverhältnis unzumutbar macht. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, ist im Einzelfall unter Abwägung aller im Zusammenhang mit einer Prüfung aufgetretenen Umstände zu entscheiden (ebenso LPK-SGB XI/Bachem Rn. 10; zur Möglichkeit, die Mitwirkung per VA festzustellen und durchzusetzen Roller VSSR 2001, 335 (342)).

- 8 Durch das PNG wurden in Abs. 1 S. 5–7 Regelungen über **Mitteilungspflichten** der Pflegeheime zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie über die Arzneimittelversorgung eingefügt. Die Einrichtungen sollen insbesondere über den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen mit Ärzten gem. § 119b SGB V bzw. die Einbindung in Ärztenetze (§ 87b SGB V) sowie den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken gem. § 12 ApoG informieren. Die Regelungen sind im Zusammenhang mit der in § 115 Abs. 1b festgelegten Informationspflicht der Landesverbände der Pflegekassen gegenüber den Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen zu sehen (BT-Drs. 17/9369, 48). Durch das Hospiz- und Palliativgesetz vom 1.12.2015 wurde diese Verpflichtung auf die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen erweitert. Das Interesse der Pflegebedürftigen an der Kenntnis über die weitergehenden Versorgungsstrukturen ist als solches nachvollziehbar. Fraglich bleibt gleichwohl, ob die geregelten Verpflichtungen stationärer Einrichtungen sachgerecht sind; letztlich verstärken sie nur den Wettbewerbsdruck der Anbieter untereinander um die Attraktivität der jeweiligen Kooperationen (kritisch zu den Regelungen der S. 5–7 LPK-SGB XI/Bachem Rn. 13, der sogar insbesondere wegen einer fehlenden Legitimation für Informationserhebung und -veröffentlichung von deren Verfassungswidrigkeit ausgeht).

3. Qualitätskomponenten

- 9 Die Qualität pflegerischer Leistungen wird nach Abs. 2 S. 5 und 6 in die Bestandteile Strukturqualität (Qualifikation des Personals und Zustand der Einrichtung), Ergebnisqualität (Zustand des Pflegebedürftigen) und Prozessqualität (Durchführung der Pflegemaßnahmen) unterteilt. Im Zentrum („insbesondere“) der Prüfung steht auf der Grundlage einer indikatorengestützten Messung die Ergebnisqualität (Abs. 2 S. 5); auf die Struktur- und Prozessqualität kann sie „erstreckt“ werden (Abs. 2 S. 6). Das von den Gesundheitswissenschaften entwickelte Schema ist danach im SGB XI explizit festgehalten (vgl. BT-Drs. 16/7439, 86 zu Nr. 72, § 114).

4. Sonderregelungen SARS-CoV-2-Pandemie (Abs. 2a)

- 10 Mit Blick auf die SARS-CoV-2-Pandemie wurden in Abs. 2a besondere Regelungen für Regelprüfungen nach Abs. 2 vorgesehen. Zwar bestand die Pflicht zur Durchführung von jährlichen Regelprüfungen grundsätzlich fort, doch sollten sie angesichts der erschwerten Bedingungen und des zusätzlichen Infektionsrisikos für alle Beteiligten an das pandemische Geschehen angepasst werden. Die Einzelheiten waren vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem BMG festzulegen (S. 1) und unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Erkenntnisse fortlaufend vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.

V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu aktualisieren (S. 2 und 3). Der entsprechende Beschluss ist für die Landesverbände der Pflegekassen und die Prüfdienste verbindlich (S. 4). Grundlage sollte insbesondere das von dem Medizinischen Dienst erstellte Hygienekonzept sein. Die entsprechenden Regelungen des GKV-Spitzenverbandes vom 15.4.2021 gelten inzwischen in ihrer Fassung vom 1.6.2022 (abrufbar unter www.gkv-spitzenverband.de). Anlassprüfungen waren von der Regelung nicht umfasst, sondern sollten nach einer Entscheidung im Einzelfall und in Abstimmung mit den Gesundheitsbehörden vor Ort durchgeführt werden (BT-Drs. 19/26545, 20). Die zwischenzeitlich im ursprünglichen S. 1 enthaltenen abweichenden zeitlichen Vorgaben wurden aufgehoben; Qualitätsprüfungen konnten auch bei hoher regionaler Inzidenz unter strengen Hygienevorschriften, engmaschigen Testungen und nach vorheriger Ankündigung bei entsprechender Vorbereitung durchgeführt werden (BT-Drs. 20/188, 53). Die Berichtspflicht nach S. 6 wurde nach ihrer Erfüllung gestrichen.

IV. Regelprüfung (Abs. 2)

Abs. 2 S. 1 schreibt für jede zugelassene Pflegeeinrichtung seit 2011 jährlich eine 11
Regelprüfung vor. Die Regelprüfung erstreckt sich auf die in Abs. 2 S. 5–12 genannten Gegenstände. Hierzu zählen nicht nur Leistungsbereiche, die vom Leistungsspektrum der Pflegeversicherung umfasst werden, sondern auch solche, für die der Pflegebedürftige selbst aufzukommen hat (Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen) oder für die andere Leistungsträger (häusliche Krankenpflege) zuständig sind. Einzubeziehen sind nach Abs. 2 S. 9 und 10 auch die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege durch ambulante Pflegedienste, und zwar unabhängig davon, ob die Betroffenen Pflegesachleistungen nach § 36 beziehen. Je nach Örtlichkeit der Leistungserbringung (Haushalt oder sonst geeignete Orte nach § 132l Abs. 5 SGB V) unterliegen die Dienste danach sowohl der Prüfung durch die Krankenkassen nach § 275b SGB V wie auch der Prüfung nach § 114 (BT-Drs. 19/19368, 40; BT-Drs. 19/20720, 60). In diesem Fall ist mindestens eine entsprechend versorgte Person in die Prüfung einzubeziehen (Abs. 2 S. 10). Dieser **Prüfungsumfang** führt im Grunde zur fachfremden Nutzung der Prüfinstitutionen als umfassende Verbraucherschutzereinheit, die dieser Aufgabe gar nicht genügen kann; die ordnungsgemäße Leistungserbringung etwa im Bereich der Unterkunft werden die Prüfteams seriös angesichts der eigenen Profession nicht beurteilen können. Vor dieser Schwierigkeit stehen im Übrigen die Heimaufsichtsbehörden in gleicher Weise, deren Prüfauftrag kaum umfassender formuliert (vgl. Art. 3 BayPfleWoqG), deren personelle und fachliche Kapazitäten indes kaum begrenzter sein könnte(n).

Der Fokus der Prüfung liegt dabei auf der **Ergebnisqualität** (Abs. 2 S. 5); sie 12
„kann“ auf die Prozess- und Strukturqualität erstreckt werden, was in der Praxis indes regelmäßig (immer noch) geschieht. Die Messbarkeit der Ergebnisqualität begegnet ihren eigenen Schwierigkeiten und ist ihrerseits erst noch Gegenstand der weiteren Entwicklung nach § 113b Abs. 4 Nr. 1. Die Aussagekraft durchgeführter Prüfungen bleibt insofern zweifelhaft; insbesondere Feststellungen, wonach „erhebliche Pflegemängel“ iSd Ergebnisqualität aufgetreten seien, wird man mit Blick auf bislang **fehlende Parameter für die Bewertung der Wirksamkeit von Pflegeleistungen** skeptisch sehen müssen (ebenso LPK-SGB XI/Bachem Rn. 11). Die Regelungen in Abs. 2 S. 8 und 9 bewirken, dass Versicherte, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten, unabhängig davon in die Prüfung einbezogen werden können, ob sie zugleich Leistungen nach § 36 erhalten (BT-Drs. 18/9518, 74).

Durch Abs. 2 S. 11 ist die Prüfung der Abrechnung der erbrachten Leistungen 13
grundsätzlich Prüfungsgegenstand (BT-Drs. 18/5926, 104). Vorgaben hierzu enthält Ziff. 8 der QPR (ambulant). Danach erfolgt die Prüfung für einen Zeitraum von

mindestens sieben Tagen stichprobenhaft und insbesondere durch Einsichtnahme in die Pflegeverträge, Kostenvoranschläge, Pflegedokumentationen, Durchführungsnachweise/Leistungsnachweise, Rechnungen, Handzeichenlisten, Qualifikationsnachweise, Dienstpläne, Einsatz- und Tourenpläne, Stundennachweise, Arbeitsverträge/Mitarbeiterlisten mit Stellenanteilen, Berufsurkunden, Verordnungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1, 1a und 2 SGB V und die Genehmigungen der Krankenkassen für Leistungen nach § 37 SGB V. Die Umsetzung dieser **Abrechnungsprüfungen** bleibt weiter abzuwarten. Der Umfang der Regelprüfungen wird dadurch erheblich erweitert und die personellen Kapazitäten der Prüfinstitution werfen sowohl quantitativ wie qualitativ Fragen auf. Zumindest bietet die bisher übliche Zusammensetzung der Prüfteams keine Gewähr dafür, dass eine Prüfung von Abrechnungen auf ihre Vollständigkeit und Richtigkeit hin sachgerecht erfolgen kann. In der von Land zu Land abweichenden Praxis erfolgt gegenwärtig ein Abgleich des Leistungsnachweises mit den jeweils zugrunde liegenden, durch Handzeichen dokumentierten Einzelleistungen, dem Dienst- und dem Tourenplan der Beschäftigten über einen Zeitraum von mehreren Monaten.

- 14 Maßstab der Regelprüfung ist, ob die **gesetzlichen und vertraglichen Qualitätsanforderungen** nach dem SGB XI eingehalten werden. Dazu gehören die Vorgaben des § 2 (Selbstbestimmung und Menschenwürde, Selbstständigkeit, Erhalt und Wiedergewinnung eigener Ressourcen, Pflege durch gleichgeschlechtliche Personen, Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse) sowie die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention gem. § 23 Abs. 2 IfSG (Abs. 2 S. 5 und 12). Hinzu kommt nach S. 12 (am Ende) die Prüfung, ob stationäre Einrichtungen ihrer Pflicht zur Datenübermittlung bzgl. der Impfquoten der Beschäftigten, Bewohner und Gäste nach § 35 Abs. 6 IfSG entsprochen haben (BT-Drs. 20/958, 22). Die Qualitätsanforderungen werden darüber hinaus durch Rahmenverträge nach § 75, die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5, Vereinbarungen zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nach § 43b sowie durch den allg. anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gem. § 11 Abs. 1 bestimmt. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang auch die von den Partnern der Selbstverwaltung auf der Grundlage von § 113 Abs. 1 vereinbarten Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (MuG). Einzelheiten der Regelprüfung sind in den QPR unter Ziff. 7 (stationär) bzw. Ziff. 6 (ambulant) festgelegt.

V. Reduzierung von Umfang und Frequenz der Regelprüfung (Abs. 3, Abs. 2 S. 2)

- 15 Schon durch das PflegeWEG wurde in Abs. 3 eine Regelung eingeführt, wonach der **Umfang der Regelprüfung** zu verringern sei, wenn aufgrund anderweitiger Prüfungen der heimrechtlichen Behörden oder landesrechtlicher Prüfungen Erkenntnisse vorliegen, dass eine Pflegeeinrichtung die gesetzlichen und vertraglichen Qualitätsanforderungen einhält. Das PNG hat diesen Ansatz durch eine ausdifferenzierte Regelung weiterentwickelt, weil die Praxis offenkundig nicht zu einer Einschränkung eines unkoordinierten Nebeneinanders unterschiedlicher Prüfinstanzen beigetragen hatte (BT-Drs. 17/9369 zu Nr. 42 Buchst. b). Während idF des PflegeWEG eine Pflicht der Landesverbände bestand, bei der Festlegung des Umfangs der Regelprüfung vorliegende Ergebnisse von **Prüfungen der Heimaufsichtsbehörden** und anderer landesrechtlicher Prüfinstanzen zu berücksichtigen, schreibt Abs. 3 nun vor, dass solche Prüfergebnisse abzufragen und auszuwerten sind. Die Landesverbände der Pflegekassen müssen hierbei die Relevanz derartiger Prüfergebnisse auf der Grundlage der Prüfanforderungen des SGB XI analysieren. Zur operativen Umsetzung der Koordinierung von heimaufsichtlicher und pflege-

versicherungsrechtlicher Prüfung ist § 117 Abs. 1 zu beachten; nach Abs. 3 S. 2 können gesonderte Vereinbarungen geschlossen werden, die eine weitere Koordination zwischen den Beteiligten regeln (zum Verhältnis von MD-Prüfung und heimaufsichtlicher Überwachung Griep SRa Sonderheft 2016, 47; Richter GuP 2012, 56). Die Pflegeeinrichtung kann der Reduzierung des Prüfumfanges entgegenreten (Abs. 3 S. 4), was insbesondere dann in Betracht kommt, wenn sie die Verbesserung eines vorangegangenen Prüfergebnisses erwartet. Die vormaligen Regelungen in Abs. 4 sind indes durch das PSG II gestrichen worden. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass transparente und nachvollziehbare Qualitätsentwicklungen auf der Grundlage des sog. Indikatorenmodells (§ 113b Abs. 4 Nr. 1) und den entsprechend angepassten MuG nach § 113 abgebildet werden; ein Anwendungsbereich für die Regelungen des vormaligen Abs. 4 ist deshalb entfallen (BT-Drs. 18/5926, 104).

Darüber hinaus besteht nach Abs. 2 S. 2 die Möglichkeit, den **Prüfrhythmus** 16 vollstationärer Einrichtungen nach Maßgabe des § 114c zu verlängern (→ § 114c Rn. 3 ff.). Voraussetzung für einen verlängerten Prüfrhythmus ist hier ein **hohes Qualitätsniveau** der Einrichtung, das sich aus der festgestellten Qualität der vorangegangenen Leistungserbringung ergeben muss (BT-Drs. 19/26545, 21). Ob ein hinreichendes Niveau erreicht ist, soll sich aus den von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b S. 3 übermittelten Daten und den Qualitätsprüfungen nach § 114 ergeben und ist von den Landesverbänden der Pflegekassen festzustellen (§ 114c S. 4). Der Gesetzgeber geht davon aus, dass eine über dem Durchschnitt liegende Ergebnisqualität Voraussetzung für eine Verlängerung des Prüfrhythmus ist; sie soll überdies nur erfolgen können, wenn Prüfergebnisse der Einrichtung vorliegen und einbezogen werden (BT-Drs. 19/5593, 135).

VI. Anlass- und Wiederholungsprüfungen (Abs. 4)

Bei Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite (BT-Drs. 16/7439, 17 87) können **Anlassprüfungen** durchgeführt werden. Abs. 4 S. 1 legt fest, dass hierbei idR nicht nur eine isolierte Begutachtung der konkreten Beanstandung erfolgt, sondern eine vollständige Prüfung der Pflegeeinrichtung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität vorgenommen wird. Der erhöhte Prüfumfang einer Anlassprüfung kann sich seit der Einfügung der S. 2 und 3 zum 1.1.2015 auch während einer Qualitätsprüfung ergeben. Die Prüfstellen sind danach verpflichtet, im Rahmen einer Qualitätsprüfung sachlich **begründeten Hinweisen** („konkrete, gesicherte Anhaltspunkte“, BT-Drs. 18/1798, 40) auf Pflegemängel bei zuvor nicht in die Stichprobe einbezogenen Pflegebedürftigen dadurch nachzugehen, dass die Qualität der Pflege auch für diese Personen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen geprüft wird. Dies soll nach der Gesetzesbegründung insbesondere bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen, Dekubitus, chronischen Wunden und Schmerzen, Ernährungsdefiziten und Personen mit PEG-Sonde oder Blasenkatheter gelten. Hieraus ist abzuleiten, dass es sich um mögliche Pflegemängel handeln muss, bei deren Vorliegen **erhebliche Auswirkungen auf den Pflegebedürftigen** zu befürchten sind. Für die sachliche Begründung genügt es dann aber, wenn die Hinweise nicht offensichtlich unbegründet sind (BT-Drs. 18/1798, 40). Die gesamte Prüfung wird als Anlassprüfung durchgeführt, dh ohne Reduzierung des Prüfumfanges. Damit wird das Erfordernis des von den Landesverbänden zuvor erteilten Prüfungsauftrages gem. § 114 Abs. 1 S. 1 eingeschränkt. Es ist mithin nicht erforderlich, einen gesonderten Prüfauftrag für eine (weitere) Anlassprüfung bezüglich der weiteren Pflegebedürftigen einzuholen. Im Rahmen einer gerichtlichen Überprüfung ist auch der Umstand, ob die Prüfstelle von einem begründeten Hinweis ausgehen durfte, überprüfbar.

- 18 Die **Wiederholungsprüfung** kann nach Abs. 4 S. 4 durchgeführt werden, um die Beseitigung durch Bescheid gem. § 115 Abs. 2 festgestellter Qualitätsmängel zu überprüfen. Entgegen der früheren Rechtslage ist die Wiederholungsprüfung für den Einrichtungsträger **nicht mehr kostenpflichtig**; angesichts der begrenzten Anzahl von Wiederholungsprüfungen und der Schwierigkeiten, die bisherigen Vorschriften richtig und rechtssicher umzusetzen, wurde hierauf verzichtet (BT-Drs. 18/5926, 105). Ebenfalls entfallen ist der zuvor in Abs. 5 S. 5 geregelte Anspruch der Pflegeeinrichtung auf eine von ihr beantragte Wiederholungsprüfung. Gleichwohl kann der Eintragungsträger auch weiterhin die Durchführung einer Wiederholungsprüfung verlangen, wenn ihm unzumutbare Nachteile, zB finanzielle Einbußen oder eine schlechtere Wettbewerbssituation durch das Ergebnis der vorangegangenen Prüfung drohen (vgl. BT-Drs. 16/8525, 103). Die Landesverbände der Pflegekassen haben diese Nachteile bei der Ausübung ihrer Ermessensentscheidung nach S. 4 („kann“) zu berücksichtigen. Die berechtigten Interessen der Pflegeeinrichtung können insoweit zu einer Ermessensreduzierung auf Null führen; in diesem Fall besteht ein **Anspruch auf Durchführung einer Wiederholungsprüfung** (BT-Drs. 18/5926, 105).

VII. Prüfkosten

- 19 Die Kosten der Qualitätsprüfungen werden durch den MD getragen, dessen Kosten von den Pflegekassen zur Hälfte umlagefinanziert werden (§ 46 Abs. 3 S. 5); soweit der Prüfdienst der PKV die in § 114 Abs. 1 S. 1 festgelegte Prüfquote unterschreitet, richtet sich der Beteiligungsanteil der privaten Pflegeversicherung nach § 114a Abs. 5. Prüfungen durch bestellte unabhängige Sachverständige sind von den Landesverbänden der Pflegekassen gesondert zu vergüten. Zu den Kosten der Zusammenarbeit mit den heimrechtlichen Behörden vgl. § 117 Abs. 5.

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

(1) ¹Der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind im Rahmen ihres Prüfauftrags nach § 114 jeweils **berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen**, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllen. ²Die Prüfungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. ³Die Prüfungen in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen unangekündigt erfolgen, wenn die Einrichtung ihrer Verpflichtung nach § 114b Absatz 1 gar nicht nachkommt, die Datenübermittlung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde. ⁴Der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen beraten im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung. ⁵§ 112 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) ¹Sowohl bei teil- als auch bei vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils **berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den**

Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, vertretungsberechtigten Personen und Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner zu befragen. ²Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. ³Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. ⁴Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung der von dem Pflegedienst versorgten Person auch in deren Wohnung zu überprüfen. ⁵Der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sollen die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde an Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.

(3) ¹Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von durch die Pflegeeinrichtung versorgten Personen. ²Zum gesundheitlichen und pflegerischen Zustand der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen können sowohl diese Personen selbst als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner befragt werden. ³Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme von Personen nach Satz 1 und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen. ⁴Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig. ⁵Durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen. ⁶Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen, Inaugenscheinnahmen von Personen nach Satz 1 und Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Verarbeitung personenbezogener Daten von durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Personen.

(3a) ¹Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen an die jeweiligen Prüfer weiterzuleiten. ²Die Prüfer sind jeweils verpflichtet, die durch Inaugenscheinnahme nach Absatz 3 Satz 1 in die Qualitätsprüfung einzubeziehenden Personen vor der Durchführung der Qualitätsprüfung in verständlicher Weise über die für die Einwilligung in die Prüfhandlungen nach Absatz 3 Satz 6 wesentlichen Umstände aufzuklären. ³Ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person in Textform erhält. ⁴Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person ihre Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. ⁵Die Einwilligung nach Absatz 2 oder Absatz 3 kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder

auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise gegenüber den Prüfern abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). ⁶Ist die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, wobei dieser nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4 aufzuklären ist. ⁷Ist ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt nach einer den Maßgaben der Sätze 2 bis 4 entsprechenden Aufklärung durch die Prüfer ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. ⁸Die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(4) ¹Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Sozialhilfeträgers sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. an den Prüfungen nach den Absätzen 1 bis 3 zu beteiligen. ²Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach den Absätzen 1 bis 3 beteiligt wird. ³Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder nach Satz 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird. ⁴Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils befugt, sich an Überprüfungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu beteiligen, soweit sie von der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde nach Maßgabe heimrechtlicher Vorschriften durchgeführt werden. ⁵Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung der Pflegeeinrichtung auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.

(5) ¹Unterschreitet der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte, auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. ²Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt jeweils am Ende eines Jahres die Einhaltung der Prüfquote oder die Höhe der Unter- oder Überschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung nach Anhörung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen fest und teilt diesen jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und bei Unterschreitung der Prüfquote den Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit; der Finanzierungsanteil ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. durchgeführten Prüfungen und der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfquote. ³Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. jährlich unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen. ⁴Der Verband

der privaten Krankenversicherung e.V. muss der Zahlungsaufforderung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung keine Folge leisten, wenn er innerhalb von vier Wochen nach der Zahlungsaufforderung nachweist, dass die Unterschreitung der Prüfquote nicht von ihm oder seinem Prüfdienst zu vertreten ist.

(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart bis zum 31. Oktober 2011 mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung, sowie zur einheitlichen Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen durch den Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

(6) ¹Die Medizinischen Dienste und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. berichten dem Medizinischen Dienst Bund zum 30. Juni 2020, danach in Abständen von zwei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach diesem Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. ²Sie stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. ³Der Medizinische Dienst Bund führt die Berichte der Medizinischen Dienste, des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen innerhalb eines halben Jahres dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Länderministerien vor.

(7) ¹Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. ²In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. ³Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. ⁴Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft. ⁵Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ⁶Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. ⁷Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ⁸Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-

pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. ⁹**Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen.** ¹⁰**Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.** ¹¹**Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. verbindlich.**

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Prüfbefugnis „vor Ort“, Ankündigung (Abs. 1)	3
IV. Betretungsrecht (Abs. 2)	4
V. Einsicht in Pflegedokumentation, Inaugenscheinnahme- und Befragungsrecht (Abs. 3 und 3a)	6
VI. Beteiligungsrechte (Abs. 4)	10
VII. Zusammenarbeit mit der privaten Pflegeversicherung (Abs. 5 und 5a)	11
VIII. Berichtspflicht des MDK (Abs. 6)	13
IX. Richtlinien über die Qualitätsprüfungen (Abs. 7)	14

I. Geltende Fassung

- 1 § 114a ist durch Art. 1 Nr. 73 PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008 eingefügt worden und hat weitgehend die Fassung des RegE zum PflegeWEG (BT-Drs. 16/7439, 25, Begr. S. 85). In Abs. 1 S. 2 ist in der Beschlussempfehlung des AfG die Möglichkeit angemeldeter Prüfungen eingeschränkt worden, ferner wurden Abs. 7 S. 3 und 4 geändert (BT-Drs. 16/8525, 52, Begr. S. 103). § 114 Abs. 1 S. 1 aF wurde in modifizierter Form in Abs. 1 übernommen, § 114 Abs. 2, 3 und 5 aF wurden zusammengefasst in § 114a Abs. 2 nF. § 114 Abs. 4 und 6 aF bildeten die Grundlage für § 114a Abs. 4 nF. § 114a Abs. 6 entspricht § 118 Abs. 4 aF Abs. 2 S. 6 wurde angefügt durch Art. 2 Abs. 1 Nr. 5 HeimRNG (vom 31.7.2009, BGBl. I 2332) mWv 1.10.2009. Die Beteiligung der heimrechtlichen Aufsichtsbehörde war zuvor in Abs. 2 Satz 4 geregelt, der durch das HeimRNG aufgehoben wurde. Durch weitere Änderungen in Abs. 4 S. 4 und 5 durch Art. 2 Abs. 1 Nr. 4 HeimRNG ist in § 114a nunmehr durchgehend von „Pflegeeinrichtungen“ die Rede, um der möglichen Ausdehnung heimrechtlicher Vorschriften durch die Länder auf neue Wohn- und Betreuungsformen zu entsprechen (vgl. → Vor §§ 112–120 Rn. 5 ff.). Durch Art. 6 Nr. 4 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.7.2011 (BGBl. I 1622) wurden Abs. 1 S. 1 und 3, Abs. 2 S. 1, 4 und 6, Abs. 4 S. 4, Abs. 6 S. 1 und 3 sowie Abs. 7 S. 1 um die Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. ergänzt; zugleich wurde Abs. 5 neu gefasst und Abs. 5a sowie Abs. 7 S. 7 eingefügt. Das PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) hat mWv 30.10.2012 Abs. 1 S. 2 geändert und S. 3 eingefügt; der frühere Abs. 2 S. 4 wurde aufgehoben; in Abs. 3 wurden S. 3 und 5, außerdem wurde Abs. 3a eingefügt. Durch Art. 1 Nr. 37 des PSG II vom 21.12.2015, BGBl. I 2424, wurden mWv 1.1.2016 Abs. 1 S. 3 geändert, Abs. 3a S. 3 und 4 angefügt und Abs. 7 neu gefasst. Durch Art. 1 Nr. 21a des PSG III vom 23.12.2016, BGBl. I 3191, wurden mWv 1.1.2017 die Abs. 2 S. 3 und 4 geändert, Abs. 3 neu gefasst, Abs. 3a S. 14 eingefügt, die dadurch neuen S. 5, 7 und 8 geändert und der neue S. 6 neu gefasst. Durch das PpSG vom 11.12.2018, BGBl. I 2394,

wurden mWv 1.1.2019 die Abs. 1 S. 2 und 3 neu gefasst. Abs. 3a S. 8 wurde geändert mWv 11.5.2019 durch das TSVG vom 6.5.2019, BGBl. I 646. Durch Gesetz vom 20.11.2019, BGBl. I 1626, wurde mWv 26.11.2019 Abs. 3 S. 6 geändert. Durch Gesetz vom 12.12.2019, BGBl. I 2652, wurden mWv 1.1.2020 die Abs. 5 S. 2–4 geändert. Durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, BGBl. I 2789, wurden mWv 1.1.2020 die Abs. 1 S. 1 und 4, Abs. 2 S. 1, 4 und 5, Abs. 4 S. 4, Abs. 6 S. 1–3 sowie Abs. 7 S. 1, 6 und 11 geändert.

II. Normzweck und Überblick

§ 114a bildet die Ermächtigungsgrundlage für die mit Qualitätsprüfungen verbundenen Eingriffe in die **Grundrechte** der Pflegeeinrichtungen und der Pflegebedürftigen. Die grundsätzliche Prüfbefugnis der zuständigen Stellen (Abs. 1) wird in Abs. 2 hinsichtlich der erforderlichen Rechte gegenüber den ambulanten und stationären Einrichtungen konkretisiert. Abs. 3 und 3a verleihen die notwendigen Befugnisse zur Prüfung des gesundheitlichen und pflegerischen Zustandes des Pflegebedürftigen. Beteiligungrechte für Dritte an Prüfungen sind in Abs. 4 geregelt, die finanzielle Beteiligung der privaten Pflegeversicherung an den Prüfkosten in Abs. 5 und in Abs. 5a die Zusammenarbeit zwischen dem Spitzenverband der Pflegekassen und dem PKV bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen. Abs. 6 sieht Berichtspflichten des MD und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. vor. Abs. 7 enthält die Verpflichtung zum Erlass von Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und ihrer Qualität durch den Spitzenverband der Pflegekassen, die für die Praxis der Qualitätssicherung von grundlegender Bedeutung sind. 2

III. Prüfbefugnis „vor Ort“, Ankündigung (Abs. 1)

Die Prüfbefugnis „vor Ort“ und eine damit korrespondierende Verpflichtung 3 der Prüfstellen wird in Abs. 1 S. 1 festgelegt. Die Prüfung ist auf zugelassene Pflegeeinrichtungen (§§ 71, 72) begrenzt und wird durch den Prüfauftrag eingeschränkt (Ausnahme: § 114 Abs. 4 S. 2 und 3). Nach der ursprünglichen Fassung von S. 2 sollte die Prüfung grundsätzlich unangemeldet durchgeführt werden; eine vorherige Anmeldung der Prüfung sollte ausnahmsweise dann erfolgen, wenn aus organisatorischen Gründen eine **unangemeldete Prüfung** nicht möglich war (BT-Drs. 16/8525, 139 zu Nr. 73, § 114a). Nach der zwischenzeitlichen Regelung durch das PNG beschränkte S. 2 die Anwendung dieses Grundsatzes auf stationäre Pflegeeinrichtungen; nach der Änderung des S. 2 durch das PpSG gilt nun aber auch für **stationäre Einrichtungen**, dass Regel- und Wiederholungsprüfungen grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen sind. Der Gesetzgeber erhofft sich auch hier eine bessere Organisation der Prüfung. Überdies geht er davon aus, dass das Manipulationsrisiko angesichts der verminderten Bedeutung der Pflegedokumentation bei der indikatorengestützten Messung und Darstellung der Ergebnisqualität (→ § 113 Rn. 4) gesunken ist. Es werden den Pflegeeinrichtungen daher der Termin vorab, jedoch nicht die für die Stichprobe ausgewählten Pflegebedürftigen mitgeteilt. Besteht jedoch Anlass zu der Annahme, dass die der Datenauswertungsstelle nach § 113b Abs. 1b übermittelten Daten unzureichend sind, weil sie gar nicht, unvollständig vorgelegt wurden oder unplausibel erscheinen, soll die Regelprüfung unangekündigt erfolgen (S. 3). Die in S. 2 vorgesehene Erleichterung korrespondiert also mit der Verlässlichkeit der Einrichtung (BT-Drs. 19/5593, 133 f.). Regel- und Wiederholungsprüfungen **in ambulanten Einrichtungen** waren gem. S. 3 aF und sind nunmehr nach S. 2 **am Tag zuvor anzukündigen**

(Grundsatz). Begründet wurde die vormalig unterschiedliche Verfahrensweise damit, dass die Anwesenheit der Pflegedienstleitung bei der Prüfung eines Pflegedienstes erforderlich sei, diese aber oft selbst in die Pflege eingebunden sei. Die bereits durch das PSG II bewirkte Änderung der Vorschrift führte **bei ambulanten Pflegeeinrichtungen** schon zu diesem Zeitpunkt zu einer Differenzierung; danach sollen **Anlassprüfungen auch hier unangemeldet** erfolgen (Ausnahme). Der Gesetzgeber will auf diese Weise sicherstellen, dass bei konkreten Hinweisen auf schwerwiegendes Fehlverhalten (Gewaltanwendung, schwere Fehler bei der Medikamentenversorgung, Abrechnungsbetrug) „schnell und unbürokratisch“ reagiert (BT-Drs. 18/6688, 137), also der Pflegedienst auf frischer Tat erwischt werden kann. Entsprechendes galt und gilt auch für stationäre Einrichtungen. Die tatsächliche Schwierigkeit bei Pflegediensten, dass insbesondere die Pflegedienstleitung bei unangemeldeter Prüfung ggf. nicht sofort anwesend sein kann, rückt dadurch wieder in den Vordergrund. Insbesondere bei derart schwerwiegenden Verdachtsfällen ist es im Interesse des Einrichtungsträgers aber selbstverständlich, dass bei der Prüfung Leitungskräfte anwesend sind und nicht etwa nur zufällig anwesende Mitarbeitende Auskünfte erteilen oder Unterlagen vorlegen. Angesichts der Grundrechtsrelevanz der Prüfsituation wird man daher auch bei unangemeldeter Anlassprüfung seitens des Prüfteams das Erscheinen einer Leitungskraft des Pflegedienstes abwarten müssen, bevor mit der Prüfung begonnen wird. Dies gilt im Übrigen auch für stationäre Einrichtungen, insbesondere etwa dann, wenn die Einrichtungslleitung für mehrere Einrichtungen verantwortlich ist und sich ggf. am Prüfungstag nicht in der Einrichtung befindet. Für die Regel- und Wiederholungsprüfung ist es sachgerecht, dass diese am Tag zuvor, und zwar am Vormittag des Vortages während der Geschäftszeiten (also bei einer für den Montag vorgesehenen Prüfung am vorangehenden Freitag), anzukündigen sind (zutreffend LPK-SGB XI/Bachem Rn. 6). Unterbleibt diese Ankündigung, kann der Einrichtungsträger die Prüfung verweigern. Abs. 1 S. 4 und 5 verpflichten iVm § 112 Abs. 3 die Prüfstellen, ihre Beratungstätigkeit für Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung im Rahmen von Qualitätsprüfungen auszuüben. Dadurch wird deutlich markiert, dass sich Qualitätsprüfungen nicht auf die Feststellung von Defiziten begrenzen, sondern mögliche Verbesserungen aufzuzeigen sind (zutreffend BeckOGK/Opolony, Stand: 1.5.2022, Rn. 14). Die Beratung ist nicht gesondert gegenüber den Pflegeeinrichtungen abrechenbar.

IV. Betretungsrecht (Abs. 2)

- 4 Abs. 2 S. 1 gewährt den Prüfstellen ein Recht zur Betretung stationärer Pflegeeinrichtungen und gestaltet dieses zusammen mit Abs. 2 S. 2 und 3 näher aus. Eine Betretung darf nur zum Zwecke der Qualitätssicherung erfolgen und erstreckt sich auf alle für den Pflegebetrieb benutzten Grundstücke und Räume, dh nicht nur die Räume, in denen Pflege Tätigkeit stattfindet, sondern auch die weiteren Geschäftsräume; nicht erfasst sind aber Räume, die von Beschäftigten bewohnt werden (zutreffend BeckOGK/Opolony, Stand: 1.5.2022, Rn. 19). Voraussetzung ist aber jeweils, dass das Betreten der konkreten Räumlichkeit zum Zwecke der Qualitätsprüfung bzw. -sicherung dient; darüber hinaus gehende Besichtigungen können nur mit Einverständnis der Berechtigten erfolgen. Die Betretung ist jederzeit zur Tageszeit möglich. Zur **Nachtzeit**, die von 22–8 Uhr dauert (BT-Drs. 16/7439, 87), sind Besichtigungen und Prüfungen nur zulässig, wenn das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann; denkbar ist dies etwa zur Überprüfung von Fixierungen und Sedierungen. Die nach Abs. 2 S. 3 grundsätzlich erforderliche vorherige Zustimmung des Heimbewohners in Textform (Abs. 3a) zur Betretung von Räumen mit einem Wohnrecht entfällt nur

bei einer (nunmehr im Gesetz auch wieder richtig bezeichneten) „dringenden“ Gefahr iSd Art. 13 Abs. 7 GG für die öffentliche Sicherheit und Ordnung (BT-Drs. 18/10510, 119).

Abs. 2 S. 4 verlangt für die Prüfung der Qualität der ambulanten Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen ebenfalls dessen Einwilligung in Textform gem. Abs. 3a. Die Möglichkeit der Betretung der Wohnung eines Pflegebedürftigen zur Prüfung der Qualität ambulanter Pflege gegen seinen Willen ist seit dem PflegeWEG nicht mehr ausdrücklich geregelt; zuvor gewährte § 114 Abs. 3 S. 4 ein Notbetretungsrecht. Umstritten war, ob es sich hierbei um ein gesetzgeberisches Versehen handelte, das durch analoge Anwendung des Abs. 2 S. 3 zu beheben war (vgl. LPK-SGB XI/Bachem Rn. 13 mwN). Da der Gesetzgeber auch bei der nun erfolgten Änderung der Vorschrift in Abs. 2 S. 4 dieses vermeintliche Versehen nicht korrigiert hat, fehlt es an der erforderlichen Ermächtigungsgrundlage; eine analoge Anwendung der Regeln für stationäre Einrichtungen kommt aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht in Betracht (so auch BeckOGK/Opolony, Stand: 1.5.2022, Rn. 28). Im Notfall hat das Prüfteam daher, so kein Fall des Notstandes iSd § 34 StGB vorliegt, die zuständige Ordnungsbehörde/Polizei hinzuziehen. Abs. 2 S. 5 sieht eine Beteiligung der heimrechtlichen Aufsichtsbehörden in deren landesrechtlich definiertem Zuständigkeitsbereich an der Prüfung vor. Die Beteiligung soll Doppelprüfungen vermeiden (→ § 114 Rn. 14; → § 117 Rn. 3).

V. Einsicht in Pflegedokumentation, Inaugenscheinnahme- und Befragungsrecht (Abs. 3 und 3a)

Die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme (nicht zulässig; medizinische Untersuchung) des gesundheitlichen und pflegerischen Zustandes der von der Pflegeeinrichtung versorgten Personen gem. Abs. 3 S. 1 und ihre Befragung sowie von Beschäftigten, Betreuern, Angehörigen und Interessenvertretern (Abs. 3 S. 2) sind **freiwillig** (Abs. 3 S. 4) und bedürfen der **Einwilligung** der Betroffenen (Abs. 3 S. 6). Dies ergibt sich aus dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung (BT-Drs. 17/9369, 49). Voraussetzung für die wirksame Einwilligung ist eine vorherige **„verständliche“ Aufklärung** über die bevorstehenden Prüfhandlungen; ergänzend können erläuternde Unterlagen in Textform verwendet werden, dh die Aufklärung hat grundsätzlich mündlich zu erfolgen (Abs. 3a S. 2 und 3). Die Aufklärung muss so erfolgen, dass die betreffende Person sich ihre **Entscheidung** überlegen kann (**„wohlüberlegt“**, Abs. 3a S. 4). Als Vorbild dient insofern die Aufklärung eines Patienten vor Abschluss eines Behandlungsvertrages nach § 630e BGB (BT-Drs. 18/10510, 121). Gegenstand der Aufklärung müssen daher Anlass, Zweck, Inhalt, Umfang, Durchführung, Dauer, Zweck der Datennutzung, Freiwilligkeit und jederzeitige Widerruflichkeit der Einwilligung sein. Damit sind zB das Aufsuchen der Person in ihrem Zimmer, eine kurze Erläuterung und der sofortige Beginn der Inaugenscheinnahme unzulässig; vielmehr ist davon auszugehen, dass zwischen Aufklärung, Entscheidung und Inaugenscheinnahme eine zeitliche Zäsur liegen muss. Die Einwilligung kann auch nicht im Vorhinein abgegeben werden (weder pauschal, noch bezogen auf eine konkrete Prüfung), sondern ist **nach der Bekanntgabe der Stichprobe** (Abs. 3a S. 4) gegenüber dem Prüfteam zu erklären (ausdrücklich BT-Drs. 18/10510, 121). Daran ändert auch die Möglichkeit der schriftlichen oder elektronischen Dokumentation einer mündlichen Einwilligung (Abs. 3a S. 8) nichts; diese Option ist nur eingefügt worden, weil die Pflege selbst wie auch ihre Qualitätsprüfung inzwischen in digitalisierten Verfahren erfolgen können und daher auch die Einwilligung entsprechend dokumentiert werden können soll (BT-Drs. 19/6337, 154).

- 7 Die Einwilligung muss grundsätzlich in **Textform** erfolgen (Abs. 3a S. 5, der die Voraussetzungen der Textform legal definiert). Insofern genügen auch eine E-Mail und ein Computerfax (vgl. bereits BT-Drs. 17/9369, 49, mit dem Hinweis auf § 126b BGB; für Zulässigkeit einer SMS: LPK-SGB XI/Bachem Rn. 20). Bei einwilligungsunfähigen Personen ist die Einwilligung des Betreuers oder Bevollmächtigten einzuholen (Abs. 3a S. 6); auch für diese Person gelten die Aufklärungspflichten nach Abs. 3a S. 24. **Ausnahme** soll nunmehr **auch die mündliche Erklärung des Einverständnisses per Telefon** genügen (Abs. 3a S. 7), wenn der Einwilligungsberechtigte nicht vor Ort ist und die Prüfung dadurch erschwert würde. Der Gesetzgeber will durch diese, durch das PSG III eingefügte Möglichkeit die Durchführung insbesondere von Anlassprüfungen gewährleisten (BT-Drs. 18/6688, 137). Voraussetzung ist auch hier aber eine entsprechende Aufklärung des Einwilligungsberechtigten. Dessen Entscheidung sowie die Gründe, warum die Einwilligung nicht in Textform erklärt werden konnte, sind vom Prüfteam schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren (Abs. 3a S. 8).
- 8 Aus der Verweigerung der freiwilligen Teilnahme an Inaugenscheinnahme und Befragung dürfen den Beteiligten keine Nachteile entstehen, Abs. 3 S. 5. Das **Nachteilsverbot** soll mögliche Interessenkonflikte verhindern, die insbesondere bei der Befragung des Personals geprüfter Einrichtungen auftreten können. Die grundsätzliche Mitwirkungsverpflichtung von Pflegeeinrichtungen und Personal bei Qualitätsprüfungen gem. §§ 114 Abs. 1 S. 4, 112 Abs. 2 S. 1 wird hierdurch nicht eingeschränkt; die Pflegeeinrichtung hat dem Prüfteam insbesondere Namen und Kontaktdaten mitzuteilen (Abs. 3a S. 1). Der bereits durch das PNG neu eingefügte **Abs. 3 S. 3** betont, dass die Erkenntnisquellen zur Beurteilung der Pflegequalität – die **Pflegedokumentation**, die Inaugenscheinnahme der betreuten Personen und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtung sowie der betreuten Personen, ihrer Angehörigen und vertretungsberechtigten Personen – angemessen zu berücksichtigen sind. Durch diese Verpflichtung zu einer **ausgewogenen Berücksichtigung aller Erkenntnismöglichkeiten** soll vor allem einer Überbetonung des Gewichts der Pflegedokumentation entgegengewirkt werden (Begr. des Gesundheitsausschusses, BT-Drs. 17/10170, 19, zu Nr. 42 Buchst. c); in der Praxis ist gleichwohl weiterhin ein starker Fokus auf der Dokumentation zu beobachten, der bei der Bewertung des Prüfergebnisses bisweilen auch zu Rechtsstreitigkeiten zwischen den Pflegekassenverbänden und den Einrichtungsträgern führt. Als Faustformel sollte indes gelten, dass das Gewicht der Pflegedokumentation umso geringer ausfällt, je besser die Feststellungen des Prüfteams zur Ergebnisqualität ausfallen; zu den Prüfgrundlagen vgl. Gaertner/van Essen GuP 2013, 88 ff.; zur Kritik am zu starken Gewicht der Pflegedokumentation s. Martini/Albert NZS 2012, 201 (202 f.). Die Änderungen des Abs. 3 durch das PSG III sind im Übrigen redaktioneller Natur; sie stellen auf die „von der Pflegeeinrichtung versorgten Personen“ anstelle der „Pflegebedürftigen“ ab, um den Fall abzubilden, dass Personen in die Prüfung einbezogen werden, die häusliche Krankenpflege in Anspruch nehmen, jedoch keine Leistungen der Pflegekasse (BT-Drs. 18/10510, 120).
- 9 Ob die Prüfer Vertreter der Einrichtung von der **Teilnahme an der Befragung** der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausschließen können, ist umstritten (dafür: Hauck/Noftz/Gutzler Rn. 13, der Abs. 4 insoweit nicht für anwendbar hält, wonach der Einrichtungsträger verlangen kann, dass seine Trägervereinigung an der Prüfung beteiligt ist). Richtig ist aber, dass über die Vertraulichkeit der Befragung allein die betroffene Person befinden kann. Wird ein vertrauliches Gespräch ohne Beteiligung eines Vertreters des Einrichtungsträgers gewünscht, ist im Hinblick auf den Grundrechtsschutz des Einrichtungsträgers (Art. 12 GG) ggf. ein nachprüfbares Protokoll zu erstellen.

VI. Beteiligungsrechte (Abs. 4)

Abs. 4 S. 1–3 regeln die Bedingungen, unter denen die genannten Träger bzw. 10
Verbände die Beteiligung an den Prüfungen verlangen und so ihre Sachkenntnis einbringen können. Abs. 4 S. 4 und 5 sollen zusammen mit Abs. 2 S. 5 speziell die Belastung der Pflegeeinrichtungen verringern, die Prüfungen nach den **heimrechtlichen Vorschriften** und nach dem SGB XI unterliegen, indem den jeweiligen Prüfstellen gegenseitige Teilnahmerechte eingeräumt werden. Eine inhaltliche Erweiterung der Prüfzuständigkeit ist hiermit nicht verbunden. Die Beteiligung der Prüfstellen nach § 114 Abs. 1 S. 1 an heimrechtlichen Prüfungen muss zudem durch einen Prüfungsauftrag durch die Landesverbände der Pflegekassen abgedeckt sein. Das in S. 2 festgelegte Recht des Einrichtungsträgers, wonach die **Trägervereinigung**, der er angehört, an der Prüfung zu beteiligen ist, dient ebenso wie das Beteiligungsrecht der Kostenträger nur der Kontrolle einer die normativen Vorgaben beachtenden ordnungsgemäßen Durchführung der Qualitätsprüfung; eine Erweiterung des Umfangs oder Inhalts der Prüfung ist hiermit nicht verbunden. Insofern geht mit der „Beteiligung“ auch keine Änderung der Prüfpersonen einher. Unzulässig wäre es daher, wenn zB der MD als Prüfinstitution eine Abrechnungsüberprüfung tatsächlich durch „beteiligte“ Mitarbeiter einer Pflegekasse durchführen ließe. Die „Beteiligung“ des Auftraggebers an der Prüfung ist also **auf die Kontrolle der Prüfinstitution selbst beschränkt**. Die Beteiligung des Auftraggebers zB am Abschlussgespräch ist dagegen möglich und darf zur Diskussion der vorläufigen Prüfergebnisse führen, die dem Auftraggeber ohnehin von der Prüfinstitution zu übermitteln sind und die so durchaus auch im Sinne des Einrichtungsträgers bereits besprochen werden können. Die Beteiligung eines Verbandsvertreters oder zB auch eines Rechtsanwalts auf Seiten des Einrichtungsträgers dürfte dagegen bei unangemeldeten Prüfungen angesichts der Kürze der Zeit idR rein tatsächlich nicht realisierbar sein; dies führt zu einem (weiteren) Ungleichgewicht in der Prüfsituation, da für die übrigen Beteiligungsberechtigten entsprechende Planbarkeit des Termins besteht; ein Abwarten oder Verschieben der Prüfung aus diesem Grunde ist nach S. 3 aber nicht vorgesehen.

VII. Zusammenarbeit mit der privaten Pflegeversicherung (Abs. 5 und 5a)

Auch die Mitglieder der privaten Pflegeversicherung profitieren von der Qualitäts- 11
sicherung. Nachdem Abs. 5 S. 1 idF des PflegeWEG zunächst den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Zahlung von 10 % der Kosten für die Qualitätsprüfungen verpflichtete, wurde dem Prüfdienst der PKV im Gesetz vom 28.7.2011, BGBl. I 1622, ein eigenes (fakultatives) **Prüfrecht** eingeräumt. Eine Beteiligung an den Kosten der durch die Pflegekassen veranlassenen Qualitätsprüfungen findet deshalb nur bei einer Unterschreitung der Prüfquote von 10 % (vgl. § 114 Abs. 1 S. 1) statt. Abs. 5 regelt das Verfahren der Feststellung einer Zahlungspflicht. Eine Klagemöglichkeit bzw. der Rechtsweg gegen die Heranziehung zur Zahlung für den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ist nicht ausdrücklich geregelt, der Gesetzgeber (BT-Drs. 17/6141, 25: „gerichtsfest“) geht aber offenbar von einer gerichtlichen Überprüfungsöglichkeit aus.

Mit der Implementierung des Prüfrechts für den Prüfdienst des Verbandes der 12
Privaten Krankenversicherung e. V. entstand die Notwendigkeit einer Abstimmung der Verfahren zwischen gesetzlichen Pflegekassen und der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Abs. 5a bildet die Grundlage für den Abschluss einer **Vereinbarung** über die Einzelheiten der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen zwischen PKV und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen (vgl. zu den Inhalten im Einzelnen BT-Drs. 17/5178, 25).

VIII. Berichtspflicht des MDK (Abs. 6)

- 13 Nach Abs. 6 S. 1 traf die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. erstmals bis zum 30.6.2011, danach im Abstand von drei Jahren, eine Berichtspflicht über die Erkenntnisse der Qualitätsprüfungen gegenüber dem MDS, der hieraus seinerseits einen Bericht ua für die zuständigen Bundes- und Länderministerien erstellte (vgl. Abs. 6 S. 3). Inzwischen gilt ein Berichtsturnus von zwei Jahren beginnend ab dem 30.6.2020; die Zusammenführung der einzelnen Berichte obliegt dem Medizinischen Dienst Bund.

IX. Richtlinien über die Qualitätsprüfungen (Abs. 7)

- 14 Gemäß Abs. 7 S. 1 hat der Medizinische Dienst Bund Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und ihrer Qualität (QPR) zu beschließen. Dies erfolgt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unter Beteiligung der in Abs. 7 S. 6 genannten Verbände und Vereinigungen zu beteiligen. Die Mitwirkung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen folgt § 118. Zu berücksichtigen sind die nach § 113 beschlossenen MuG (S. 2). Entsprechend der Vorgaben des § 115a soll(t)en die Richtlinien gleichzeitig mit den entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für die stationäre Pflege zum 31.10.2017 und für die ambulante Pflege zum 31.10.2018 in Kraft treten. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das BMG (S. 9); Beanstandungen sind innerhalb gesetzter Fristen zu beheben (S. 10). Die Verbindlichkeit der Richtlinien für das Prüfgeschehen ist nunmehr in S. 11 ausdrücklich angeordnet. Die Richtlinien sind regelmäßig an den medizinisch-pflegerischen Fortschritt anzupassen (S. 8), womit sichergestellt werden soll, dass Inhalt und Verfahren pflegewissenschaftlichen Kriterien entsprechen, der Umsetzung der Beratungsverpflichtung der Prüfinstitutionen dienen und im Sinne des Verbraucherschutzes in geeigneter Weise über die Pflegequalität Auskunft erteilt werden kann.
- 15 Die QPR für die vollstationäre Pflege (einschließlich Kurzzeitpflege) datieren vom 17.12.2018 und wurden vom BMG am 21.2.2019 genehmigt; diejenigen für die Tagespflege datieren vom 26.10.2020 und wurden vom BMG am 2.11.2020 genehmigt. Die QPR für die ambulante Pflege datieren vom 18.12.2019 und wurden vom BMG am 25.3.2020 genehmigt; für Betreuungsdienste gelten QPR vom 8.2.2021, die am 15.3.2021 vom BMG genehmigt wurden. Die QPR haben keine Rechtsnormqualität. Sie sind stets an die normsetzenden Vereinbarungen der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 Abs. 1 S. 1 anzupassen (so zutreffend LPK-SGB XI/Bachem Rn. 53). Sie dienen als Verwaltungsvorschriften der Realisierung einer einheitlichen Verwaltungspraxis und damit zugleich der Umsetzung des Gleichbehandlungsgrundsatzes (so auch BeckOGK/Opolony, Stand: 1.5.2022, Rn. 52; NK-GesundhR/Prehn Rn. 60).

§ 114b¹ Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen

- (1) ¹Die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2019 bis zum 31. Dezember 2021 einmal und ab dem

¹ Siehe hierzu ua die Covid-19-VO zur Aussetzung der gesetzlichen Pflicht zur Erhebung, Übermittlung und Veröffentlichung von indikatorenbezogenen Daten in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

1. Januar 2022 halbjährlich zu einem bestimmten Stichtag indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. ²Die indikatorenbezogenen Daten sind auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu erfassen. ³Wenn die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet ist, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben nach § 113 Absatz 1b sicherzustellen.

(2) Die von den Einrichtungen gemäß Absatz 1 Satz 1 übermittelten indikatorenbezogenen Daten werden entsprechend den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a mit Ausnahme der zwischen dem 1. Oktober 2019 und dem 31. Dezember 2021 erhobenen und übermittelten Daten veröffentlicht.

(3) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird im Jahr 2019 ein einmaliger Förderbetrag in Höhe von 1000 Euro für jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um die für die Erhebung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität notwendigen Schulungen in den Einrichtungen zu unterstützen. ²Die Modalitäten der Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse werden von den Landesverbänden der Pflegekassen festgelegt. ³Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten. ⁴Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. ⁵Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch Vereinbarung.

Übersicht	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Datenerhebung und -übermittlung (Abs. 1)	3
IV. Veröffentlichung (Abs. 2)	4
V. Förderung (Abs. 3)	5

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde mWv 1.1.2019 durch das PpSG vom 11.12.2018, BGBl. I 1 2394, in das Gesetz eingefügt. Durch Gesetz vom 27.3.2020, BGBl. I 580, wurden Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 mWv 28.3.2020 geändert; durch Gesetz vom 29.3.2021, BGBl. I 370, wurden beide Regelungen mWv 31.3.2021 erneut geändert.

II. Normzweck und Überblick

- 2 Die Regelungen des § 114b sind Teil eines indikatorengestützten Verfahrens zur Messung und Erhebung der Ergebnisqualität in der vollstationären Pflege. Nach Abs. 1 sind erstmalig in einem – während der SARS-CoV-2-Pandemie zwei Mal neu festgelegten (vgl. auch die Verordnung zur Aussetzung der Pflichten, BAnz. AT 11.1.2021 V1) – Zeitfenster und hiernach regelmäßig von den Pflegeeinrichtungen entsprechende Daten zu erheben und zu übermitteln. Abs. 2 regelt die Veröffentlichung dieser Daten. Abs. 3 sieht mit Blick auf den erforderlichen Schulungsaufwand eine einmalige Förderung der Einrichtungen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung vor und enthält Vorgaben für deren Abwicklung.

III. Datenerhebung und -übermittlung (Abs. 1)

- 3 Die Einführung des indikatorengestützten Verfahrens zur Messung der Ergebnisqualität setzt eine systematische Erhebung entsprechender Daten voraus. Sie basiert auf den **Maßstäben und Grundsätzen (MuG) für die vollstationäre Pflege** nach § 113 vom 23.11.2018, zuletzt geändert am 9.11.2022 (BAnz. AT 23.12.2022 B 10). In deren Anlage 2 sind die Indikatoren festgelegt und definiert. Das Gesetz verpflichtet die Pflegeeinrichtungen zunächst in der pandemiebedingt verlängerten Einführungsphase vom 1.10.2019 bis 31.12.2021 zu einer Ersterhebung. Ab 1.1.2022 soll dann halbjährlich eine Erhebung folgen (S. 1). Die jeweiligen Stichproben sind nach § 5 Abs. 4 Anlage 1 zu den MuG für jede Einrichtung festzulegen (BT-Drs. 19/5593, 134). Die Einzelheiten zur Stichprobenbildung, Datenaufbereitung und -übermittlung ergeben sich aus der Anlage 4 zu den MuG. Die erhobenen Daten sind jeweils der sog. Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b zu übermitteln. Diese Vorgaben sind für die Pflegeeinrichtungen verbindlich (BeckOGK/Opolony, Stand: 1.5.2022, Rn. 3). Nach S. 2 hat die Datenerhebung der Einrichtungen strukturiert im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu erfolgen. Konkrete Anforderungen an diese Strukturen enthält das Gesetz jedoch nicht; Anlage 3 zu den MuG enthält indes ein **strukturiertes Erhebungsinstrument**, das sich am Begutachtungsinstrument nach § 18 orientiert. Nach Ziff. 2.3 der Anlage 3 soll die Erhebung möglichst durch Beschäftigte erfolgen, die die Betroffenen gut kennen. Ziff. 2.4 der Anlage 3 legt fest, welche Personen von der Erhebung ausgeschlossen sind. Der Qualitätsausschuss (§ 113b) hat im Februar 2019 das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen als Datenauswertungsstelle beauftragt. Wäre dies nicht rechtzeitig erfolgt, hätten die Landesverbände der Pflegekassen anderweitig dafür Sorge tragen müssen, dass die Aufgaben nach § 113b Abs. 1b hätten erfüllt werden können (S. 3).

IV. Veröffentlichung (Abs. 2)

- 4 Nach Maßgabe der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen (QDVS) nach § 115 Abs. 1a (→ § 115a Rn. 3) werden die übermittelten Daten veröffentlicht. Hiervon ausgenommen sind die Daten der Erhebung im Zeitraum vom 1.10.2019 bis 31.12.2021. Fachliche, methodische und technische Schwierigkeiten in der Einführungsphase sollen auf diese Weise ohne negative Folgen für die Pflegeeinrichtungen bleiben (BT-Drs. 19/5593, 134).

V. Förderung (Abs. 3)

Da die Einführung der indikatorengestützten Datenerhebung eine entsprechende ⁵ Schulung des damit betrauten Personals voraussetzt (BT-Drs. 19/5593, 135), erfolgt eine einmalige Förderung der Einrichtungen mit einem Pauschalbetrag aus dem **Ausgleichsfonds** der Pflegeversicherung (S. 1). Die Landesverbände der Pflegekassen haben die Modalitäten für die Auszahlung dieser Fördermittel festzulegen (S. 2). Der nach S. 3 festgelegte Finanzierungsanteil der privaten Pflege-Pflichtversicherungen wird durch Zahlung an das Bundesversicherungsamt, gemeint ist das Bundesamt für Soziale Sicherung, zugunsten des Ausgleichsfonds bewirkt (S. 4). Die Einzelheiten sind vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und dem Bundesamt zu regeln (S. 5).

§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

(1) ¹Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist. ²Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die betroffenen Einrichtungen entsprechend den Maßgaben eines vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegten bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus. ³Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. ⁴Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. ⁵Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine Einrichtung erreicht worden ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. ⁶Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. ⁷Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. ⁸Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 3

sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.

(2) ¹Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. ²Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. ³Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2022, zum 31. März 2023 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit

1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und
2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

²Für die Berichterstattung zum 31. März 2023 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

Übersicht

R.n.

I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Richtlinien (Abs. 1)	3
IV. Genehmigung (Abs. 2)	8
V. Berichtspflicht, Evaluation (Abs. 3)	9

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde mWv 1.1.2019 durch das PpSG vom 11.12.2018, BGBl. I 2394, in das Gesetz eingefügt. Die Abs. 1 S. 2 und 6 wurden mWv 1.1.2020 durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, BGBl. I 2789, geändert. Durch Gesetz vom 27.3.2020, BGBl. I 580, wurden Abs. 1 S. 1, Abs. 3 S. 1 und S. 2 mWv 28.3.2020 geändert; durch Gesetz vom 29.3.2021, BGBl. I 370, wurden die Abs. 1 S. 1 und 4, Abs. 3 S. 1 und 2 mWv 31.3.2021 erneut geändert. Durch das PUEG vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155, wurden Abs. 1 S. 1 und 2 mWv 1.7.2023 nochmals geändert.

II. Normzweck und Überblick

- 2 Die Regelungen des § 114c ermöglichen einen längeren Prüfrhythmus für vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit einem hohen Qualitätsniveau. Daneben sind Kriterien festzulegen für unangemeldete Prüfungen nach § 114a Abs. 1 S. 3. Nach Abs. 1 sind hierfür vom Medizinischen Dienst Bund Richtlinien zu erlassen. In Abs. 2 sind

die Genehmigung dieser Richtlinien durch das BMG und in Abs. 3 eine Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen normiert.

III. Richtlinien (Abs. 1)

Nach § 114 Abs. 2 S. 1 ist eine jährliche Prüfung der vollstationären Pflegeeinrichtungen (einschließlich Kurzzeitpflege) vorgesehen. Von dieser Vorgabe kann nach Maßgabe der nach Abs. 1 zu erlassenen Richtlinien abgewichen werden. Nach S. 1 konnte ab dem 1.1.2023 ein Abstand von bis zu zwei Jahren zwischen den Prüfungen zugelassen werden. Durch die Änderung des PUEG mWv 1.7.2023 ist aus der „Kann“-Regelung eine „**Soll**“-Regelung geworden. Wenn die Voraussetzungen für eine Rhythmusverlängerung vorliegen, dann ist das Ermessen der Landesverbände der Pflegekassen reduziert und regelhaft die Verlängerung vorzunehmen. Nur im Ausnahmefall soll hiervon kein Gebrauch gemacht werden können (BT-Drs. 20/6544, 81). Voraussetzung für einen **verlängerten Prüfrhythmus** ist ein hohes Qualitätsniveau der Einrichtung. Die zuletzt erfolgte Änderung des Wortlauts in den S. 1 und 5 („erreicht worden“ statt „sichergestellt“) soll insoweit klarstellen, dass die Entscheidung über eine Verlängerung des Prüfrhythmus auf der Qualität der vorangegangenen Leistungserbringung beruhen muss (BT-Drs. 19/26545, 21). Ob ein solches Niveau erreicht ist, soll sich aus den von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b S. 3 übermittelten Daten und den Qualitätsprüfungen nach § 114 ergeben und wäre von den Landesverbänden der Pflegekassen festzustellen (S. 5). Der Gesetzgeber geht davon aus, dass eine über dem Durchschnitt liegende Ergebnisqualität Voraussetzung für eine Verlängerung des Prüfrhythmus ist; sie soll überdies nur erfolgen können, wenn Prüfergebnisse der Einrichtung vorliegen und einbezogen werden (BT-Drs. 19/5593, 135). Eines förmlichen Antrags der Pflegeeinrichtung bedarf es nicht; sie kann aber unter Verweis auf ihre Qualitätsergebnisse eine Verlängerung des Prüfrhythmus anregen. Der Gesetzgeber versteht die Möglichkeit einer Rhythmusverlängerung als Anreiz für die Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf ihr Qualitätsniveau (BT-Drs. 19/5593, 133). Nach dem durch das PUEG eingefügten S. 2 sind die Einrichtungen über die Rhythmusverlängerung innerhalb einer angemessenen Frist zu informieren. Zuständig hierfür sind die Landesverbände der Pflegekassen. Für diese Information ist ein bundesweit einheitliches Verfahren festzulegen, das eine zuverlässige Benachrichtigung der Einrichtungen gewährleistet und zugleich eine Kontrolle der Anreizwirkung durch den Gesetzgeber erlaubt (BT-Drs. 20/6544, 81).

Zu berücksichtigen sind bei der **Erstellung der Richtlinien** überdies die Empfehlungen des wissenschaftlichen Abschlussberichts zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114–114b sowie die Konzeption für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a (S. 3). Maßgeblich sind damit die indikatorengestützte Messung und Bewertung der Ergebnisqualität nach den Maßstäben und Grundsätzen (MuG) für die vollstationäre Pflege nach § 113 vom 23.11.2018, zuletzt geändert am 9.11.2022 (BAnz. AT 23.12.2022 B 10) sowie die zugrunde liegenden medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Diese sind daher auch bei der Evaluation der Richtlinien zu beachten (S. 8).

Für den **Richtlinienerlass** gelten die üblichen Beteiligungsregelungen. Die Richtlinien sind vom Medizinischen Dienst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu erlassen. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung ist zu beteiligen (S. 2). Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe des § 118 mit (S. 5). Die Vereinigungen der Träger der Einrichtungen, die Verbände der Pflegeberufe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krank-

versicherung e.V. und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe erhalten innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme; diese ist beim Richtlinienerrlass einzubeziehen (S. 6 und 7).

- 6 Richtlinien nach dieser Vorschrift sind am 23.9.2019 erlassen worden. Diese enthalten jedoch noch keine Kriterien für die Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus. Dies sollte bis zum 31.10.2020 auf empirischer Grundlage erfolgen. Angesichts der bis 31.12.2021 verlängerten Einführungsphase für die indikatorengestützte Ermittlung der Pflegequalität (→ § 114b Rn. 3) fehlt es noch an einer validen Grundlage. Die **bisher erlassenen Richtlinien** setzen den gesetzgeberischen Auftrag des § 114c also noch nicht um und sind damit **unvollständig**. Der GKV-Spitzenverband hat am 28.8.2023 eine Regelung für ein bundeseinheitliches Informationsverfahren über die Verlängerung des Prüfrhythmus gemäß § 114c Abs. 1 S. 2 getroffen.
- 7 Dagegen enthalten die Richtlinien vom 23.9.2019 Kriterien für unangekündigte Regelprüfungen. Nach § 4 der Richtlinie sind Regelprüfungen grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen. Hiervon kann nach § 5 Abs. 2 der Richtlinie abgewichen werden. **Unangekündigte Prüfungen** können danach erfolgen, wenn die Pflegeeinrichtung in den 12 Monaten vor der Prüfung am indikatorengestützten Verfahren nach § 114b Abs. 1 nicht teilgenommen hat oder innerhalb der letzten 12 Monate vor der Prüfung – nach Maßgabe der Anlage 4 zu den MuG – unvollständige Daten an die Datenauswertungsstelle übermittelt hat oder die Datenauswertungsstelle eine mangelnde Plausibilität der Daten festgestellt hat oder beim Erhebungsreport für mindestens drei Personen eine fehlerhafte Zuordnung der Pseudonyme oder ein methodisch unzulässiger Ausschluss aus der Ergebniserfassung erfolgte oder bei mehr als drei Plausibilitätsfragen ein kritischer Themenbereich ausgewiesen wurde.

IV. Genehmigung (Abs. 2)

- 8 Die Richtlinien nach Abs. 1 werden erst nach Genehmigung durch das BMG wirksam (S. 1). Diese gilt als erteilt, wenn nicht binnen eines Monats nach Vorlage Beanstandungen durch das BMG erfolgen (S. 2). Solche wären innerhalb einer vom BMG gesetzten Frist zu beheben (S. 3). Die Richtlinien vom 23.9.2019 wurden vom BMG am 21.10.2019 genehmigt.

V. Berichtspflicht, Evaluation (Abs. 3)

- 9 Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat dem BMG jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen zur indikatorengestützten Messung und Darstellung der Ergebnisqualität (S. 1 Nr. 1) und zu den nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen zu berichten (S. 1 Nr. 2). Es soll überdies auch über fehlende oder mangelhafte Mitwirkung der Einrichtungen und die gezogenen Konsequenzen berichtet werden (BT-Drs. 19/5593, 135). Der Gesetzgeber will auf dieser Grundlage ggf. weitergehende Regelungen im Vertrags- und Zulassungsrecht entscheiden. Für die zum 31.3.2023 vorgesehene Berichterstattung ist eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder ein unabhängiger Sachverständiger zu beauftragen, um die in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegte Bewertungssystematik zu evaluieren. Angesichts der pandemiebedingten Verzögerungen ist auch hier mit einer Verschiebung dieser Evaluation zu rechnen.

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung

(1) ¹**Die Medizinischen Dienste, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die von den Landesverbänden der Pfl-**

gekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen haben das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. ²Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt und auf Anforderung verpflichtet, die ihnen nach Satz 1 bekannt gewordenen Daten und Informationen mit Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung auch seiner Trägervereinigung zu übermitteln, soweit deren Kenntnis für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zu einem Bescheid nach Absatz 2 erforderlich ist. ³Gegenüber Dritten sind die Prüfer und die Empfänger der Daten zur Verschwiegenheit verpflichtet; dies gilt nicht für die zur Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen nach Absatz 1a erforderlichen Daten und Informationen.

(1a) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. ²Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren insbesondere auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 und der Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. ³In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 4 vergebenen Aufträge zu berücksichtigen. ⁴Die Vereinbarungen umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). ⁵Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. ⁶Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. ⁷Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. ⁸Bei der Darstellung der Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. ⁹Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. ¹⁰Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 jeweils unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen. ¹¹Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ¹²Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. ¹³Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort; dies gilt entsprechend auch für die bestehenden Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen).

(1b) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass ab dem 1. Januar 2014 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 über die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung und ab dem 1. Juli 2016 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz in vollstationären Einrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. ²Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Informationen nach Satz 1 an gut sichtbarer Stelle in der Pflegeeinrichtung auszuhängen. ³Die Landesverbände der Pflegekassen übermitteln die Informationen nach Satz 1 an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zum Zweck der einheitlichen Veröffentlichung.

(1c) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen haben Dritten für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung die Daten, die nach den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a der Darstellung der Qualität zu Grunde liegen, sowie rückwirkend zum 1. Januar 2017 ab dem 1. April 2017 die Daten, die nach den nach § 115a übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen der Darstellung der Qualität bis zum Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu Grunde liegen, auf Antrag in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. ²Das Nähere zu der Übermittlung der Daten an Dritte, insbesondere zum Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. März 2017 in Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabhängig zu Grunde zu legen sind. ³Mit den Nutzungsbedingungen ist eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherzustellen. ⁴Der Dritte hat zu gewährleisten, dass die Herkunft der Daten für die Endverbraucherin oder den Endverbraucher transparent bleibt. ⁵Dies gilt insbesondere, wenn eine Verwendung der Daten in Zusammenhang mit anderen Daten erfolgt. ⁶Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend. ⁷Die Übermittlung der Daten erfolgt gegen Ersatz der entstehenden Verwaltungskosten, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen. ⁸Die entsprechenden Aufwendungen sind von den Landesverbänden der Pflegekassen nachzuweisen.

(2) ¹Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. ²Werden nach Satz 1 festgestellte Mängel nicht fristgerecht beseitigt, können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Abs. 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Abs. 2, kündigen. ³§ 73 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) ¹Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen.

²Über die Höhe des Kürzungsbetrags ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Einvernehmen anzustreben. ³Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 76 in der Besetzung des Vorsitzenden und der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder. ⁴Gegen die Entscheidung nach Satz 3 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben; ein Vorverfahren findet nicht statt, die Klage hat aufschiebende Wirkung. ⁵Der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag ist von der Pflegeeinrichtung bis zur Höhe ihres Eigenanteils an die betroffenen Pflegebedürftigen und im Weiteren an die Pflegekassen zurückzuzahlen; soweit die Pflegevergütung als nachrangige Sachleistung von einem anderen Leistungsträger übernommen wurde, ist der Kürzungsbetrag an diesen zurückzuzahlen. ⁶Der Kürzungsbetrag kann nicht über die Vergütungen oder Entgelte nach dem Achten Kapitel refinanziert werden. ⁷Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Vorschriften bleiben unberührt; § 66 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3a) ¹Eine Verletzung der Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung im Sinne des Absatzes 3 Satz 1 wird unwiderlegbar vermutet

1. bei einem planmäßigen und zielgerichteten Verstoß des Trägers der Einrichtung gegen seine Verpflichtung zur Einhaltung der nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten Personalausstattung oder
2. bei nicht nur vorübergehenden Unterschreitungen der nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten Personalausstattung.

²Entsprechendes gilt bei Nichtbezahlung der nach § 82c zugrunde gelegten Gehälter und Entlohnung. ³Abweichend von Absatz 3 Satz 2 und 3 ist das Einvernehmen über den Kürzungsbetrag unverzüglich herbeizuführen und die Schiedsstelle hat in der Regel binnen drei Monaten zu entscheiden. ⁴Bei Verstößen im Sinne von Satz 1 Nummer 1 können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Absatz 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Absatz 2, kündigen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend.

(3b) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren durch den Qualitätsausschuss gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung nach den Absätzen 3 und 3a. ²Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. ³Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(4) ¹Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege, Versorgung und Betreuung nahtlos übernimmt. ²Bei Sozialhilfeempfängern ist der zuständige Träger der Sozialhilfe zu beteiligen.

(5) ¹Stellen der Medizinische Dienst oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die weitere Versorgung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend. ²Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt;

dabei ist so weit wie möglich das **Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten**. ³**Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.**

(6) ¹**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.** ²**Absatz 3 Satz 7 bleibt unberührt.**

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Übermittlung der Prüfergebnisse (Abs. 1)	3
IV. Qualitätsdarstellung, Veröffentlichung (Abs. 1a)	4
V. Informationspflicht über die Versorgung (Abs. 1b)	8
VI. Datenübermittlung an Dritte (Abs. 1c)	9
VII. Mängelbeseitigung (Abs. 2)	11
VIII. Kürzung der Pflegevergütung (Abs. 3–3b)	15
1. Voraussetzungen einer Kürzung	16
2. Höhe der Kürzung	17
3. Verfahrensmäßige Umsetzung	18
IX. Schutz der Pflegebedürftigen (Abs. 4–6)	21

I. Geltende Fassung

- 1 § 115 wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 23 PQsG vom 9.9.2001, BGBl. I 2320, mWv 1.1.2002. Die redaktionelle Änderung des RegE zum PQsG (BT-Drs. 14/5395, 13, Begr. S. 43) in Abs. 1 S. 1 von „betroffene“ in „zuständige“ Pflegeeinrichtung durch den AfG (BT-Drs. 14/6308, 21, Begr. S. 32) wurde durch Art. 4 Nr. 3 PflEG vom 14.12.2001, BGBl. I 3728, rückgängig gemacht. Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 wurden terminologisch geändert durch Art. 10 Nr. 11 Gesetz vom 27.12.2003, BGBl. I 3022; Abs. 1 S. 1 an die Länderkompetenz für das Heimrecht angepasst durch Art. 2 Abs. 1 Nr. 6 HeimRNG vom 29.7.2009, BGBl. I 2332, mWv 1.10.2009. Abs. 1 S. 2 wurde neu gefasst, S. 4 geändert durch Art. 1 Nr. 74 PflegeWEG vom 28.5.2008, BGBl. I 874, mWv 1.7.2008. Ferner wurde hierdurch in Abs. 3 der Verweis auf § 80a gestrichen und Abs. 1a eingefügt (vgl. BT-Drs. 16/7439, 24, Begr. S. 88), Abs. 1a wurde geändert durch den AfG, vgl. BT-Drs. 16/8525, 50, Begr. S. 104. Durch Art. 6 Nr. 5 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.7.2011, BGBl. I 1622, wurden Abs. 1 S. 1, Abs. 1a S. 2 und 7 sowie Abs. 5 S. 1 um die Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. ergänzt; zugleich wurden in Abs. 1a die S. 1115 angefügt. Das PNG vom 23.10.2012, BGBl. I 2246, hat Abs. 1b eingefügt. Art. 1 Nr. 28 PSG I vom 17.12.2014, BGBl. I 2222, ergänzte in Abs. 1a S. 3 und 6. Abs. 1b S. 1 wurde durch Art. 3 Nr. 4 des Hospiz- und Palliativgesetzes v. 1.12.2015, BGBl. I 2114, mWv 8.12.2015 geändert. Durch Art. 1 Nr. 38 des PSG II vom 21.12.2015, BGBl. I 2424, wurde mWv 1.1.2016 die Überschrift geändert, Abs. 1 S. 2 aufgehoben, der dadurch neue S. 2 geändert, Abs. 1a neu gefasst, Abs. 1b S. 3 angefügt und Abs. 5 S. 1 geändert. Abs. 1c wurde durch das PSG III vom 23.12.2016, BGBl. I 3191, mWv 1.1.2017 eingefügt. Durch Gesetz vom 18.7.2017, BGBl. I 2757, wurden mWv 29.7.2017 die Überschrift ergänzt und die Abs. 3a und 3b eingefügt. Durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, BGBl. I

2789, wurden mWv 1.1.2020 Abs. 1 S. 1, Abs. 1a S. 9 und 10 und Abs. 5 S. 1 geändert. Abs. 3a S. 2 wurde zunächst mWv 1.9.2022 durch das GVWG vom 11.7.2021, BGBl. I 2754, und erneut mWv 29.12.2022 durch Gesetz vom 20.12.2022, BGBl. I 2793, geändert.

II. Normzweck und Überblick

§ 115 regelt die Verwertung von und den Umgang mit den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen. Die prüfenden Institutionen (vor allem der MD) sind verpflichtet, die Kostenträger, die heimrechtlichen Aufsichtsbehörden sowie die betroffenen Pflegeeinrichtungen **über die Ergebnisse** von Qualitätsprüfungen zu **unterrichten (Abs. 1)**. Durch den im PflegeWEG eingefügten und durch das PSG II neu gefassten **Abs. 1a** wird die **Veröffentlichung** der wesentlichen Prüfergebnisse im Internet und in anderer geeigneter Form sowie durch Aushang in der Pflegeeinrichtung vorgeschrieben. Nach **Abs. 1b** besteht die entsprechende Informationspflicht auch für die Kooperationen der Pflegeeinrichtung nach § 114 Abs. 1 (Ärzte, Arzneimittel, Hospiz- und Palliativversorgung). Der durch das PSG III neu eingefügte **Abs. 1c** regelt den Datenzugang zur nicht gewerblichen Nutzung durch Dritte. **Abs. 2** enthält die Ermächtigungsgrundlage für die Landesverbände der Pflegekassen, der Einrichtung bei festgestellten Qualitätsmängeln im Wege eines **Bescheides** Vorgaben zu deren Behebung zu machen, und sieht für den Fall der Nichtumsetzung die Kündigung des Versorgungsvertrages vor. **Abs. 3–3b** regeln die Möglichkeit der **Vergütungskürzung** im Falle von Pflichtverletzungen der Pflegeeinrichtung; **Abs. 4–6** enthalten Regelungen darüber, wie den Pflegebedürftigen bei schwerwiegenden Mängeln eine geeignete **Ersatzeinrichtung** vermittelt wird und wer die Kosten hierfür zu tragen hat (vgl. zu den Informationspflichten der Prüfstellen BT-Drs. 14/5395, 43; BT-Drs. 16/7439, 89; BT-Drs. 17/9369, 49; zur Information der Heimaufsicht → § 117 Rn. 7).

III. Übermittlung der Prüfergebnisse (Abs. 1)

Die jeweils prüfende Institution (MD, Prüfdienst der privaten Krankenversicherung, bestellte Sachverständige) hat nach Abs. 1 S. 1 das Ergebnis und die „gewonnenen Daten und Informationen“ von Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen den Landesverbänden der Pflegekassen, den Leistungsträgern, der Heimaufsichtsbehörde in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie der betroffenen Einrichtung unmittelbar mitzuteilen. Dies soll eine möglichst schnelle Information gewährleisten (BT-Drs. 14/5395, 43). Voraussetzung hierfür ist jedoch angesichts des auch insoweit schon erheblichen Eingriffs in den Schutzbereich des Art. 12 GG und im Sinne einer vertrauensvollen, partnerschaftlichen Zusammenarbeit, dass der Einrichtungsträger zuvor die Möglichkeit erhält, zum vorläufigen Prüfungsergebnis Stellung zu nehmen (kritisch auch LPK-SGB XI/Bachem Rn. 5; BeckOK SozR/Evers, 1.3.2023, Rn. 1; aA BeckOGK/Opolony, 1.5.2022, Rn. 8; NK-GesundhR/Prehn Rn. 9). Zwar begegnen sich Einrichtungsträger und die auftraggebenden Landesverbände der Pflegekassen grundsätzlich als Vertragspartner gleichberechtigt, doch besteht in der Prüfungssituation gleichwohl eher ein Über-/Unterordnungsverhältnis, das sich schließlich auch in einem möglichen Bescheid nach Abs. 2 ausdrückt. In dieser Verfahrenssituation ist daher die **Möglichkeit zur Stellungnahme** geboten (vgl. auch Schütze/Siefert SGB X § 24 Rn. 3). Ist angesichts festgestellter Qualitätsmängel sofortiges Handeln erforderlich, kann hiervon abgewichen werden (vgl. BeckOK SozR/Evers, 1.3.2023, Rn. 1); für die unverzügliche Unterrichtung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde besteht mit § 117 Abs. 4 eine eigene Rechts-

grundlage. Die Veröffentlichung eines Pflege-Transparenzberichtes setzt jedenfalls entsprechend § 24 Abs. 1 SGB X eine Anhörung des Einrichtungsträgers voraus (vgl. BSG 16.5.2013 – B 3 P 5/12 R. Rn. 11, BeckRS 2013, 72101). Die Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach Abs. 1a sieht insoweit eine Anhörungsfrist von 28 Tagen vor (Anlage 8 Ziff. 6); entsprechend auch schon die Pflege-Transparenzvereinbarungen PTVA und PTVS jeweils in Anlage 4, Abs. 1 S. 2 berechtigt und verpflichtet die Landesverbände der Pflegekassen zur Übermittlung der Daten an die Trägervereinigung des Einrichtungsträgers; dies korrespondiert mit § 114a Abs. 4 S. 2, Abs. 1 S. 3 verpflichtet die Prüfer im Übrigen zur **Verschwiegenheit**, soweit sich aus den nachfolgenden Regelungen nichts anderes ergibt (vgl. zur Notwendigkeit einer Anonymisierung der Prüfergebnisse vor der Weitergabe an Pflegekassen, deren Versicherte von der Prüfung nicht betroffen sind, LPK-SGB XI/Bachem Rn. 5; zum Spannungsverhältnis von informationellem Selbstbestimmungsrecht und Transparenz sowie ordnungsrechtlicher Gefahrenprävention Hopfenzitz SRa 2013, 150).

IV. Qualitätsdarstellung, Veröffentlichung (Abs. 1a)

- 4 Die Landesverbände der Pflegekassen haben dafür Sorge zu tragen, dass die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität kostenfrei veröffentlicht werden (S. 1). Veröffentlichungen über die Pflegequalität der Einrichtungen sind als solche auch verfassungsrechtlich zulässig (BSG 16.5.2013 – B 3 P 5/12 R., BeckRS 2013, 72101 = NJOZ 2014, 540). Praktisch wird dieser Auftrag im Wesentlichen umgesetzt durch gemeinsame Internetportale der Krankenkassenarten (zB www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Pflegelotse.html, www.aok.de/gp/ambulante-pflege/pflegenavigator). Die zunächst nach Abs. 1a getroffenen Regelungen der Vertragsparteien nach § 113 zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen sind durch ein „Instrument zur vergleichenden Qualitätsberichterstattung“, das differenziert und nutzergerecht (im Internet und auch in anderer geeigneter Form) Auskunft gibt, zu ersetzen (BT-Drs. 18/5926, 106). Für die stationäre Pflege ist am 1.11.2019 die sog. **Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDVS)** in Kraft getreten; für den ambulanten Bereich steht der Beschluss über eine QDVA – trotz Fristablauf (S. 10) – noch aus. Die Pflegekassenvereinbarung (PTVA) vom 7.12.2015 gilt daher noch fort (S. 13). Der Medizinische Dienst Bund, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an ihrer Entwicklung zu beteiligen (S. 10); die Mitwirkung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung folgt § 118. (S. 11). Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen (S. 12).
- 5 Die Vereinbarungen müssen Regelungen darüber enthalten, **welche Prüfungsergebnisse** der Qualitätsdarstellung zugrunde gelegt werden sollen und welche Informationen ggf. zusätzlich zu veröffentlichen sind, um den Pflegebedürftigen und Angehörigen in verständlicher, übersichtlicher und vergleichbarer Form eine eigene Einschätzung in Frage kommender Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen (S. 1 u. 2). Gegenstand der Vereinbarungen ist die Darstellung anhand einer **Bewertungssystematik** (S. 4). In Abs. 1a finden sich einige **inhaltliche Vorgaben** für die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen: Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren (S. 6); Anlass-, Regel- und Wiederholungsprüfungen müssen kenntlich gemacht werden (S. 8); bei Anlassprüfungen sind alle einbezogenen Personen (§ 114 Abs. 4 S. 2) zur Grundlage der Qualitätsdarstellung zu machen (S. 5); bei der Qualitätsdarstellung sind die Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen zeitnah zu berücksichtigen (S. 7); die Einrichtung muss also die Gelegenheit haben, eine negative

Darstellung baldmöglichst zu korrigieren. Schließlich **verpflichtet S. 9 die Pflegeeinrichtungen**, das Datum der letzten Prüfung, eine **Zusammenfassung** des Prüfungsergebnisses und dessen Einordnung an gut sichtbarer Stelle in der Einrichtung **auszuhängen**. Nach dem insoweit unveränderten Wortlaut der Vorschrift sind Ergebnisse der Qualitätsprüfung durch unabhängige Sachverständige nicht auszuhängen, auch ist ein Hinweis auf die Art der Prüfung nicht erforderlich. Die Pflegeeinrichtung muss zudem nach § 3 Abs. 2 Nr. 3 WBG einen pflegebedürftigen Verbraucher rechtzeitig vor Vertragsschluss mit der Einrichtung über die gem. Abs. 1a zu veröffentlichenden Prüfergebnisse informieren.

Grundlage sind die Qualitäts-Prüfungsrichtlinien nach § 114a Abs. 7 (QPR) und die Maßstäbe und Grundsätze (MuG) nach § 113. Hervorzuheben ist dabei, dass neben der Auswertung der Pflegedokumentation auch mündliche Hinweise und Erläuterungen des Pflegepersonals, des Pflegebedürftigen und der Angehörigen bei der Bewertung zu berücksichtigen sind. Insbesondere der fachlichen Einschätzung professioneller Pflegekräfte kommt so eine höhere Bedeutung zu. Die Veröffentlichungsbefugnis ist auf **inhaltlich zutreffende Prüfungsergebnisse** begrenzt. Die Veröffentlichung von Ergebnissen, die offensichtlich fehlerhaft sind, etwa auf nachweisbar unrichtigen oder unvollständigen Prüfbefunden beruhen, braucht der Einrichtungsträger schon im Hinblick auf den bei ihm eintretenden erheblichen Grundrechtseingriff nicht hinzunehmen (LSG NRW 21.9.2016 – L 5 P 61/16 B ER, BeckRS 2016, 139029; 5.6.2012 – L 10 P 118/11 B ER, SRa 2012, 206 = BeckRS 2012, 70470; LSG Bln-Bbg 15.3.2011 – L 27 P 75/10 B ER, BeckRS 2011, 70557; SG Dessau-Roßlau 9.10.2017 – S 26 P 27/17 ER, BeckRS 2017, 144093). Eine Veröffentlichung ist daher nur zulässig, wenn die Prüfergebnisse auf der Grundlage der maßgebenden Regelungen gewonnen wurden, deren Vorgaben im Detail eingehalten wurden und die Bewertung hieraus logisch nachvollziehbar abzuleiten ist; besondere Warnhinweise, die in den QDVS/PTVA nicht vorgesehen sind, sind unzulässig; Bewertungen, die auf sachfremden Erwägungen beruhen oder herabsetzend formuliert sind, ebenfalls (eingehend hierzu: LSG NRW 21.9.2016 – L 5 P 61/16 B ER, BeckRS 2016, 139029; 5.6.2012 – L 10 P 118/11 B ER, BeckRS 2012, 70470 = SRa 2012, 206; 5.5.2011 – L 10 P 7/11 B ER, BeckRS 2011, 72620 = NZS 2011, 744). Fehlerhaft ist eine Veröffentlichung, wenn eine unzureichend ermittelte Tatsachengrundlage als Basis für eine Bewertung herangezogen wird, etwa durch die Verwendung nicht valider Daten als Basis für eine Bewertung (LSG Bln-Bbg 3.8.2012 – L 27 P 39/12 B ER, BeckRS 2012, 73354). Auf die Intensität des Fehlers kommt es insoweit nicht an, auch Verstöße, die nicht als schwerwiegend zu qualifizieren sind, können Abwehrrechte begründen (anders insoweit: HessLSG 28.10.2010 – L 8 P 29/10 B ER, BeckRS 2010, 74710 = NZS 2011, 504). Der Sicherstellungsauftrag der Landesverbände der Pflegekassen (S. 1) erstreckt sich deshalb nicht nur auf die **Veröffentlichung**, sondern auch auf die **Löschung** von Veröffentlichungen, die inhaltlich falsch, nicht mehr aktuell oder rechtswidrig zustande gekommen sind. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass zwischenzeitlich eine weitere Prüfung erfolgt ist oder seit der letzten Prüfung mehr als ein Jahr (entgegen § 114 Abs. 2 S. 1) verstrichen ist (vgl. LPK-SGB XI/Bachem Rn. 10). Gegen die Veröffentlichung unzulässiger Informationen (Realakt) kann sich der Einrichtungsträger im Wege einer Feststellungs- und/oder Unterlassungsklage wenden bzw. im Wege der Leistungsklage das Löschen entsprechender Informationen verlangen (vgl. BeckOGK/Opolony, 1.5.2022, Rn. 15); praktisch erforderlich ist insoweit einstweiliger **Rechtsschutz** gem. § 86b Abs. 2 SGG iVm § 920 ZPO, will der Einrichtungsträger vermeiden, durch falsche Informationen, insbesondere im Internet, Schaden zu erleiden (vgl. die weiteren zahlreichen Nachweise bei BSG 16.5.2013 – B 3 P 5/12 R, BeckRS 2013, 72101 Rn. 11 = NJOZ 2014, 540; LSG LSA 11.3.2021 – L 1 P 27/20 B ER, BeckRS 2021, 5905; ThürLSG 14.1.2021 – L 6 P 398/20 B ER, BeckRS 2021, 11394). Dies setzt voraus, dass der Einrichtungs-

träger seinen Anordnungsanspruch (Vermeidung/Beendigung einer im obigen Sinne rechtswidrigen Veröffentlichung) und die Eilbedürftigkeit der gerichtlichen Entscheidung (Anordnungsgrund) glaubhaft macht. Der Streitwert eines solchen Rechtsstreits dürfte regelmäßig nach § 197a Abs. 1 S. 1 SGG, § 52 Abs. 1 und 2 GKG auf 5.000 EUR festzusetzen sein, da keine hinreichenden Anhaltspunkte für die wirtschaftliche Bedeutung des Streits bestehen (vgl. LSG Bln-Bbg 2.8.2013 – L 27 P 86/12 B, BeckRS 2013, 72434 = NZS 2014, 30; ThürLSG 14.1.2021 – L 6 P 398/20 B ER, BeckRS 2021, 11394).

- 7 Bei den Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsdarstellungsvereinbarungen handelt es sich um **Normsetzungsverträge**, wie sie für den Bereich der Leistungserbringung in der Langzeitpflege auch in § 75 Abs. 1 (Rahmenverträge) und § 113 (Maßstäbe und Grundsätze) vorgesehen sind. Die in Schrifttum (Brochnow NJOZ 2011, 385 (391)) und Rspr. (SG München 13.1.2010 – S 19 P 6/10 ER, MedR 2010, 667) an dieser Form der Normsetzungsdelegation geäußerten Zweifel hat das BSG im Urteil vom 16.5.2013 – B 3 P 5/12 R, BeckRS 2013, 72101 Rn. 20, NJOZ 2014, 540, unter Hinweis auf seine Rspr. zur Rechtsetzung durch Richtlinien des GBA nach § 92 SGB V nicht geteilt. Die **Zweifel an der wissenschaftlichen Validität** der Transparenzvereinbarungen hielt es ebenfalls nicht für begründet. Soweit Vertreter der Pflegewissenschaften geltend machten, dass es der wissenschaftlichen Überarbeitung und Entwicklung bedürfe, damit die Pflegekassenkriterien aussagekräftige Ergebnisse erzielen könnten, spreche dies nur für die Entscheidung des Gesetzgebers, die Bewertungskriterien nicht selbst festzulegen, sondern auf die fachliche Weiterentwicklung durch die Betroffenen zu setzen (BSG 16.5.2013 – B 3 P 5/12 R, BeckRS 2013, 72101 Rn. 20 = NJOZ 2014, 540). Die jüngeren Vorgaben tragen dieser Einschätzung grundsätzlich Rechnung. Danach ist für die Darstellung der Ergebnisqualität die Auswertung des sog. Indikatorenmodells (§ 113 Abs. 1a) zu berücksichtigen sowie für die Bewertung der Lebensqualität die wissenschaftlichen Ergebnisse nach § 113b Abs. 4 S. 2 Nr. 4 (BT-Drs. 18/5926, 106).

V. Informationspflicht über die Versorgung (Abs. 1b)

- 8 Seit dem 1.1.2015 (eingefügt durch das PNG) enthält Abs. 1b einen Auftrag an die Landesverbände der Pflegekassen, die Information für Pflegebedürftige und Angehörige über die Ausgestaltung der ärztlichen, fach- und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung und der insoweit abgeschlossenen Kooperationen in einem stationären Pflegeheim sicherzustellen. Die Angaben hierzu sind nach § 114 Abs. 1 von Pflegeheimen an die Landesverbände der Pflegekassen zu übermitteln. BT-Drs. 17/9369, 50 legt als Zeitpunkt eine Übermittlung gleichzeitig mit der Stellungnahme vor Veröffentlichung des Transparenzberichtes nahe. Die Aufbereitung und Veröffentlichung durch die Landesverbände sollen die Vergleichbarkeit für den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen ermöglichen. Die Einrichtungen sind nach Abs. 1b S. 2 verpflichtet, die von Landesverbänden der Pflegekassen aufbereiteten Informationen auszuhängen. Durch das Hospiz- und Palliativgesetz wurde diese Verpflichtung mWv 8.12.2015 auch auf die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen ausgedehnt. S. 3, eingefügt durch das PSG III, regelt das Zusammenwirken mit dem Verband der privaten Krankenversicherung.

VI. Datenübermittlung an Dritte (Abs. 1c)

- 9 Abs. 1c ermöglicht unter bestimmten Voraussetzungen die Datenübermittlung an Dritte (in maschinen- und menschenlesbarer, plattformabhängiger Form). Damit will der Gesetzgeber von den Landesverbänden der Pflegekassen bzw. den Kostenträ-

gern **unabhängige Informationsportale** und Beratung ermöglichen (BT-Drs. 18/10510, 122). Erfasst sind die „zusammenfassenden“, nicht die personenbezogenen, Daten, soweit sie nach den übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen bzw. den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen Eingang in die Qualitätsdarstellung nach Abs. 1a finden. Die nachfolgende Datenverwendung darf nicht zu gewerblichen Zwecken erfolgen; die **Nutzungsbedingungen** sind von den Vertragsparteien nach § 113 festzulegen. Sicherzustellen ist, dass die übermittelten Daten nicht missbräuchlich und wettbewerbsverzerrend verwendet werden können und gegen Manipulation geschützt sind (S. 3). Der Verwender der Daten muss die Herkunft der Daten transparent machen, darf also insbesondere nicht den Anschein erwecken, dass die Prüfergebnisse auf eigenen Untersuchungen beruhen (S. 4); insbesondere auch dann, wenn er sie ggf. zusammen mit eigenen Daten verwendet (S. 5). Sofern es sich nicht um öffentlich-rechtliche Stellen handelt, hat der Dritte die Verwaltungskosten für die Datenübermittlung gegen Nachweis zu tragen (S. 7, 8). Vorbild für diese Regelung ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Allgemeinen Nutzungsbedingungen für die Zurverfügungstellung der XML-Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser (BT-Drs. 18/10510, 121).

Soweit schon gegen die bisherige Transparenzberichterstattung mit Blick auf die grundrechtlich geschützten Interessen des Einrichtungsträgers mit guten Gründen **Bedenken** erhoben wurden, gelten diese für die Weitergabe der Daten an Dritte erst recht. Die Landesverbände der Pflegekassen werden nach S. 1 berechtigt, die Daten „zweckgerecht“ zur Verfügung zu stellen. Dem ist durchaus zu folgen, wenn auf diese Weise auch eine kostenträgerunabhängige Informationsmöglichkeit für Pflegebedürftige und Angehörige unterstützt wird. An die Richtigkeit der veröffentlichten und an Dritte übermittelten Informationen sind angesichts der möglichen Schädigung des Einrichtungsträgers bei **Falschdarstellungen** aber nochmals höhere Anforderungen zu stellen. Insbesondere wird es eines wirkungsvollen Mechanismus bedürfen, der Einrichtungsträgern erlaubt, Gegendarstellungen in gleicher Weise und an gleichem Ort zu veröffentlichten und der auch den Landesverbänden der Pflegekassen erlaubt, ihrem **Sicherstellungsauftrag** nach Abs. 1a entsprechend für die Löschung falscher, veralteter oder in rechtswidriger Weise entstandener Daten sorgen zu können. Hierzu gehört auch die Information des Einrichtungsträgers über die Dritten, an die Daten weitergegeben wurden, denn anders könnte der Einrichtungsträger angesichts der für ihn kaum überschaubaren Verwendung der Daten seine berechtigten Interessen gegenüber den betreffenden Dritten nicht wahrnehmen.

10

VII. Mängelbeseitigung (Abs. 2)

Abs. 2 S. 1 ermächtigt die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Einrichtungsträgers und der ggf. beteiligten Trägervereinigung sowie unter Beteiligung des zuständigen Sozialhilfeträgers, einen Bescheid über Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsmängeln zu erlassen, wobei dem Träger eine angemessene Frist zur Mängelbeseitigung einzuräumen ist (sog. **Maßnahmenbescheid**). Die **Bestimmtheitsanforderungen**, die an Maßnahmenbescheide nach Abs. 2 zu stellen sind, müssen sich an den Zielen orientieren, die der Gesetzgeber mit der Regelung verfolgt. Beanstandungen beruhen zwar grundsätzlich auf der Feststellung konkret individueller Qualitätsmängel bei bestimmten Pflegebedürftigen der überprüften Einrichtung. Da die Prüfung in einem Stichprobenverfahren jedoch nur eine begrenzte Zahl der von der Einrichtung versorgten Pflegebedürftigen erfasst (zu **Mindestzahlen** vgl. LSG LSA 8.7.2011 – L 4 P 44/10 B ER, BeckRS 2011, 75143 = NZS 2011, 944), kann sich der Maßnahmenbescheid nicht allein auf die Beseitigung konkreter Mängel bei den überprüften Personen beziehen. Schließlich

11

soll mit diesem Instrument die Qualität der in der Einrichtung geleisteten Pflege insgesamt oder zumindest im Hinblick auf bestimmte Leistungen verbessert werden. Hierbei kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Qualitätssicherung vorrangig durch Beratung und nicht durch zwangsweise Einwirkung der Pflegekassen oder der von ihnen eingesetzten Prüfeinrichtungen auf die Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden soll (§ 112 Abs. 3). Dem Einrichtungsträger steht die Möglichkeit offen, bereits im Rahmen des **Anhörungsverfahrens** von ihm gezogene Konsequenzen (zB geänderte Verfahren, Einstellung von Personal, durchgeführte Schulungen usw.) mitzuteilen. Diese sind bei der Entscheidung über den Erlass eines Maßnahmenbescheides (ob überhaupt noch und zu welchen Gegenständen) zu berücksichtigen; es kommt insofern nicht allein auf die am Prüfungstag getroffenen Feststellungen an (zutreffend LPK-SGB XI/Bachem Rn. 58).

- 12 Ein Maßnahmenbescheid unterliegt als **Verwaltungsakt** grundsätzlich den Regeln, die auch für Verwaltungsakte in anderen Rechtsbereichen gelten. Insofern sind die **Verfügungssätze** des Bescheides wie auch ggf. eingeräumte Fristsetzungen für die Erfüllung der Vorgaben so zu formulieren, dass sie grundsätzlich auch vollstreckungsfähig wären. Zwar bestehen zwischen dem Instrumentarium der Qualitätssicherung nach dem SGB XI und zB ordnungsbehördlichen Zwangsmitteln durchaus Unterschiede, doch müssen die Anordnungen der Landesverbände der Pflegekassen jedenfalls **so bestimmt** sein, dass für den Einrichtungsträger **erkennbar ist, welche Änderungen** er im Vergleich zu den mit dem Prüfbericht monierten Umständen **vorzunehmen** hat. So ist etwa die pauschale Anordnung, die Leistungen nach dem anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu erbringen, unzureichend; für eine solche Verfügung besteht angesichts der ohnehin bestehenden Verpflichtung der Einrichtung schon kein Anlass; der Einrichtungsträger ist vielmehr im Einzelnen zur Vornahme konkreter, bislang unterlassener oder unzureichend erfolgter Einzelschritte zu verpflichten. Dies mag mühsam erscheinen, aber die zu beobachtende Praxis, wonach ein in der Prüfung begutachteter Einzelfall zum Anlass genommen wird, dem Einrichtungsträger zB lediglich aufzugeben, „die Körperpflege im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten angemessen durchzuführen“, ist unzureichend. Die Prüfinstitution wird so auch ihrem Beratungsauftrag nicht gerecht (vgl. LSG NRW 16.3.2018 – L 5 P 88/17 B ER, BeckRS 2018, 6512 = SRa 2018, 157; vorläufig SG Dortmund 28.7.2017 – S 54 P 241/17 ER, BeckRS 2017, 158427). Eine gesetzte **Frist** muss zudem **so bemessen** sein, dass der Einrichtungsträger sie auch **tatsächlich erfüllen** kann. So ist zB eine Fristsetzung „sofort nach Zugang des Bescheides“ rechtswidrig, wenn der Einrichtungsträger zu Handlungen verpflichtet werden soll, die von vornherein einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen müssen und gar nicht mit einer einzigen Änderung umgesetzt werden können (zutreffend LSG NRW 26.2.2014 – L 10 P 120/13 B ER, BeckRS 2014, 67969; LSG LSA 20.4.2015 – L 5 P 14/15 B ER, BeckRS 2015, 68844; zutreffend im Einzelfall, wenn gleich zu streng formuliert LSG Bln-Bbg 11.3.2013 – L 27 P 101/12 B ER, BeckRS 2013, 68811 = GuP 2013, 119; SG Hildesheim 29.7.2009 – S 51 P 41/09 ER, PflR 2010, 35).
- 13 Gegen einen Maßnahmenbescheid kann sich der Einrichtungsträger im Wege der **Anfechtungsklage** vor den Sozialgerichten wenden. In der Praxis ist jedenfalls dann zur Wahrung der Rechtsposition des Einrichtungsträgers eine fristwahrende Klage gegen einen Maßnahmenbescheid angezeigt, wenn zu befürchten ist, dass zu einem späteren Zeitpunkt zB im Rahmen einer beabsichtigten Kündigung des Versorgungsvertrages auf einen bestandskräftigen Maßnahmenbescheid Bezug genommen werden könnte. Häufig dürfte es im Interesse aller Beteiligten liegen, das entsprechende Klageverfahren jedoch dann ruhend zu stellen und die weitere Qualitätsentwicklung in der Einrichtung abzuwarten; sollten in der Sache die mit dem Maßnahmenbescheid bezweckten Verbesserungen umgesetzt und seitens der Landesverbände der Pflegekassen dies zB nach einer weiteren Prüfung festgestellt

werden, erledigt sich der Rechtsstreit. Umstritten ist, wie der **Streitwert** eines solchen Rechtsstreits zu beziffern ist. Nach § 197a Abs. 1 S. 1 SGG, § 52 Abs. 1 GKG ist dieser nach Ermessen zu bestimmen. Wenn der Sach- und Streitstand für die Bestimmung keine genügenden Anhaltspunkte liefert, ist nach § 52 Abs. 2 GKG der sog. Auffangstreitwert in Höhe von 5.000 EUR festzusetzen. Dies dürfte regelmäßig bei einem Maßnahmenbescheid der Fall sein; das LSG Bln-Bbg (30.7.2013 – L 27 P 24/11 B, BeckRS 2013, 72481) will dagegen für jede einzelne verfügte Maßnahme den Auffangstreitwert ansetzen, sofern dieser Regelungscharakter zukommt (ebenso LSG NRW 26.5.2010 – L 10 B 41/09 P, BeckRS 2010, 69872; 18.12.2018 – L 5 P 14/17 B ER, BeckRS 35471; 3.7.2018 – L 5 P 104/17 B ER, BeckRS 2018, 35469; LSG RhPf 10.9.2018 – L 5 P 28/18 B, BeckRS 2018, 47934). Dies erscheint nur dann überzeugend, wenn die jeweilige Maßnahme dann auch für sich genommen einen vollstreckungsfähigen Inhalt hat; allgemeine, ggf. ohnehin bestehende Vorgaben wiederholende „Maßnahmen“ genügen hierfür nicht (→ Rn. 12). Insoweit ist die Situation mit derjenigen eines Rechtsstreits um die Veröffentlichung eines Pflege-Transparenzberichts vergleichbar (→ Rn. 6).

Abs. 2 S. 2 legt fest, dass die Fristversäumnis bei der Mängelbeseitigung je nach Schwere des Mangels zur **Kündigung** des Versorgungsvertrages nach § 74 Abs. 1 oder 2 durch die Landesverbände der Pflegekassen berechtigt. Hierüber ist von den Verbänden gemeinsam eine Ermessensentscheidung zu treffen. Dabei ist insbesondere auch das Zusammenwirken mit den Heimaufsichtsbehörden nach § 117 und deren Einsatz ordnungsrechtlicher Maßnahmen zu berücksichtigen; so dürfte die Kündigung eines Versorgungsvertrages erst dann in Betracht kommen, wenn mildere Mittel, etwa ein selbst auferlegter oder durch die Heimaufsichtsbehörde verfügter Aufnahmestopp für neue Bewohner und die so zB „verbesserte“ Personalsituation keine Qualitätsverbesserung bewirkt hat. Hinsichtlich des Rechtsschutzes verweist Abs. 2 S. 3 auf § 73 Abs. 2. Danach ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet; ein Vorverfahren findet nicht statt. Die zu erhebende Anfechtungsklage hat allerdings keine aufschiebende Wirkung (§ 73 Abs. 2 S. 2 Hs. 2); der Einrichtungsträger muss ggf. einen Antrag nach § 86b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGG (Aussetzung des Sofortvollzugs) stellen.

VIII. Kürzung der Pflegevergütung (Abs. 3–3b)

Bei Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Verpflichtungen ist nach Abs. 3 – 15 unbeschadet der Kündigungsmöglichkeit nach Abs. 2 – die Pflegevergütung (Pflegesatz) zu kürzen. Die Vorschrift gilt angesichts der Verweisung in Abs. 3 S. 2 auf die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 ausschließlich für **stationäre Einrichtungen**, eine vergleichbare Norm für die ambulante Pflege existiert nicht (vgl. BeckOGK/Opolony, 15.5.2023, Rn. 34). Die Vorschrift erfasst insbesondere den Fall, dass die Einrichtung Personal nicht im vereinbarten Umfang vorgehalten hat (BT-Drs. 14/5395, 43 f.). Die Regelung in Abs. 3 korrespondiert mit § 10 Abs. 1 WBVG. Danach hat der Heimbewohner aus dem Vertragsverhältnis mit dem Heimträger einen Anspruch auf Kürzung des vereinbarten Heimentgelts rückwirkend für bis zu sechs Monate. Aus Abs. 3 kann der Pflegebedürftige dagegen gegen den Einrichtungsträger keine eigenen Ansprüche geltend machen; die Kürzungsansprüche nach Abs. 3 sind vielmehr kollektivrechtlicher Natur (Bieback SGB 2013, 511 (515)). Obgleich der Wortlaut („sind ... zu kürzen“) dafür spricht, dass eine Kürzung zwingend vorgeschrieben ist, hält das BSG (12.9.2012 – B 3 P 5/11 R Rn. 41, BSGE 112, 1 = NZS 2013, 265) im Hinblick auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz eine Ermessensentscheidung der Kostenträger für erforderlich. Ein nach Abs. 3 von den Parteien der Pflegesatzvereinbarung (nach § 85 Abs. 2) oder der Schiedsstelle (nach § 76) festgesetzter Kürzungsbetrag ist nach S. 5 bis zur Höhe des Eigenanteils an den

Pflegebedürftigen bzw. ggf. den Sozialhilfeträger und im Übrigen an die Pflegekasse auszukehren. Der Kürzungsbetrag ist im Ergebnis von der Pflegeeinrichtung zu tragen; eine Refinanzierung über Vergütungen oder Entgelte nach den §§ 82 ff. ist ausgeschlossen (Abs. 3 S. 6); Schadensersatzansprüche von Pflegebedürftigen sind durch die Kürzungsregelung nicht ausgeschlossen (Abs. 3 S. 7). Da die Pflegevergütung gem. § 85 Abs. 3 S. 1 im Voraus gezahlt wird, löst die Kürzung einen Rückforderungsanspruch gegen die Pflegeeinrichtung aus. Durch die mit Gesetz vom 18.7.2017 eingefügten Abs. 3a und 3b werden die Voraussetzungen für eine Vergütungskürzung konkretisiert (vgl. zur Frist für die Geltendmachung des Kürzungsanspruchs bzw. die Anrufung der Schiedsstelle nach Abs. 3 S. 3 → Rn. 17). Im Zuge der Ergänzung des Gesetzes in den Abs. 3a und 3b weist der Gesetzgeber bei planmäßigen und zielgerichteten Personalunterdeckungen (S. 1 Nr. 1) explizit auch auf die Möglichkeit zur ordentlichen und – in schwerwiegenden Fällen – zur außerordentlichen Kündigung des Versorgungsvertrages hin (Abs. 3a S. 4). Die vorsätzliche Personalunterdeckung ist insofern als grobe Pflichtverletzung iSd § 74 Abs. 1 S. 1 anzusehen. Wann in diesem Zusammenhang ein Maß erreicht sein soll, das den Vertragspartnern das Festhalten am Vertrag bis zum Ablauf der Kündigungsfrist unzumutbar macht (§ 74 Abs. 2), ist nicht näher konkretisiert. Ein „schwerwiegender“ Fall kann indes noch nicht dann vorliegen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 3a im Licht der Rechtsprechung erreicht sind, sondern erst dann, wenn das Maß der Personalunterdeckung darüber nochmals hinausgeht oder andere Umstände hinzutreten, die eine derart grobe Vertragsverletzung darstellen. Für die Tatbestandsvarianten des Abs. 3a S. 1 Nr. 2 und S. 2 gelten diese Verweise ins **Kündigungsrecht** des § 74 nicht. Der Hinweis auf die entsprechende Anwendung des § 73 Abs. 2 ist unnötig; diese folgt bereits aus § 74 Abs. 3 S. 2.

1. Voraussetzungen einer Kürzung

- 16 Die Kürzung der Pflegevergütung soll vor allem die Nichtvorhaltung vereinbarten Personals sanktionieren, die zu Qualitätsmängeln geführt hat, vgl. Udsching SGB 2003, 133 (134). Allein die **Unterschreitung der vereinbarten Personalstärke** rechtfertigt allerdings noch keine Kürzung; notwendig ist vielmehr, dass sich aus einer Pflichtverletzung nachweisbare Qualitätsmängel bei der Versorgung von Heimbewohnern ergeben haben (Udsching SGB 2003, 134; BSG 12.9.2012 – B 3 P 5/11 R. Rn. 29, BSGE 112, 1 = NZS 2013, 265; kritisch hierzu Bieback SGB 2013, 511 (512 f.); Schrinner KrV 2013, 115). Andererseits hält das BSG einen Anspruch auf Kürzung der Vergütung bei der Feststellung von erheblichen Qualitätsmängeln auch dann für begründet, wenn die vereinbarte Personalausstattung vom Heimträger eingehalten worden ist (so BSG 12.9.2012 – B 3 P 5/11 R. Rn. 36, BSGE 112, 1 = NZS 2013, 265), was nur mit der gesetzlichen bzw. vertraglichen Verpflichtung zur Einhaltung der Qualitätsstandards begründet werden kann. Eine derart weite Auslegung von Abs. 3 war vom Gesetzgeber ursprünglich nicht beabsichtigt. Nach Auffassung des BSG greift die Kürzungsregelung auch dann ein, wenn ein Personalabgleich zu dem Ergebnis kommt, dass in einem Pflegeheim über mehrere Monate hinweg so wenig Personal vorhanden gewesen ist, dass Qualitätsmängel praktisch unvermeidlich gewesen seien. In einem derartigen Fall könne das Auftreten von ernsthaften, ahndungswürdigen **Qualitätsmängeln unwiderlegbar vermutet** werden. Auf die Ergebnisse einer Qualitätsprüfung komme es dann nicht an. Als Anhaltspunkt für eine derartige unwiderlegbare Vermutung sei eine Unterschreitung des vereinbarten Personalsolls von monatlich mindestens 8 % anzunehmen. Für diese gegriffene Größe geben weder das Gesetz noch Rahmenvereinbarungen oder pflegewissenschaftliche Erkenntnisse eine Grundlage (vgl. Bieback SGB 2013, 511 (512)). Nicht nachvollziehbar ist auch die Annahme des BSG, wonach allein die planmäßige und zielgerichtete Unterschreitung der vereinbarten Personalstärke einen Kürzungs-

anspruch begründen soll, denn allein die mengenmäßige Unterschreitung stellt für sich genommen nach den übrigen Darlegungen des BSG gerade noch keinen Qualitätsmangel dar (kritisch auch LPK-SGB XI/Bachem Rn. 73). Die Verletzung von Dokumentationspflichten löst keinen Kürzungsanspruch aus (BSG 12.9.2012 – B 3 P 5/11 R Rn. 29, BSGE 112, 1 = NZS 2013, 265).

Der Gesetzgeber hat sich die **Rechtsprechung** des BSG bei der Einfügung des **Abs. 3a** zum Vorbild genommen (BT-Drs. 18/12587, 64) und sie gleichsam **kodifiziert**, wobei die gesetzlichen Regelungen **unbestimmter** ausgefallen sind. Im Sinne einer Beweisregel hat der Gesetzgeber den „**planmäßigen und zielgerichteten Verstoß**“ (Nr. 1) und alternativ (!) die „**nicht nur vorübergehende Unterschreitung**“ (Nr. 2) aufgenommen. Die erste Variante dürfte trotz der einleitenden Erwägungen des Gesetzgebers in der Gesetzesbegründung, wonach die nach § 84 getroffenen Vereinbarungen unabhängig von Personalengpässen oder -ausfällen einzuhalten seien (BT-Drs. 18/12587, 64), erst dann greifen, wenn der Einrichtungsträger vorsätzlich die Vereinbarungen verletzt, um sich dadurch einen wirtschaftlichen Vorteil zu verschaffen. Dies gilt umso mehr als der Gesetzgeber trotz der Rechtsprechung und der diesbezüglichen Fachdebatte keinen Schwellenwert normiert hat. Nicht planmäßig und zielgerichtet sind daher Unterschreitungen, die infolge unvorhergesehener Personalausfälle eintreten oder zB bei denen sich angesichts des Fachkräftemangels Nachbesetzungen verzögern (so auch BT-Drs. 18/12587, 64, die ausdrücklich von „gleichgestellten“ Sachverhalten spricht). Ein **Indiz** für ein planmäßiges Vorgehen soll vorliegen, wenn die Einrichtung im Falle von nicht nur temporären oder geringfügigen Personalengpässen oder -ausfällen keine geeigneten und zielgerichteten Maßnahmen zur Einhaltung der Personalausstattung ergriffen hat. Dagegen sollen nicht vorhersehbare Schwankungen in der Belegungsstruktur, etwa bei Höherstufungen, sowie in der durchschnittlichen personellen Besetzung als üblich gelten. Nachweisliche Bemühungen um Beseitigung der Personalunterdeckung gelten demgegenüber als Indiz für ein nicht planmäßiges und nicht zielgerichtetes Handeln (so § 1a der Bekanntmachung des Qualitätsausschusses, BAnz AT 28.3.2018 B5). Welches Maß im Sinne des Verhältnismäßigkeitsprinzips vorauszusetzen ist, hat der Gesetzgeber offengelassen, weshalb letztlich in der Praxis weiterhin eine Orientierung an der zitierten Rechtsprechung erfolgen muss. Im Sinne der Rechtsprechung des BSG greift die zweite Alternative erst, wenn die Unterschreitung über mehrere Monate hinweg andauert. Diese Voraussetzung dürfte auch dann nicht erfüllt sein, wenn die Unterschreitung über Monate hinweg nur tageweise eine Unterschreitung erfolgt und die Ausfälle mithin nur gelegentlich auftreten, solange dies nicht im Sinne der ersten Alternative planmäßig und zielgerichtet erfolgt. Dass es im Wesentlichen um die **Abschöpfung unberechtigter wirtschaftlicher Vorteile** des Einrichtungsträgers geht, zeigt systematisch die weitere Ergänzung der Regelung in S. 2, der eine Vergütungskürzung für den Fall vorsieht, dass den nach § 82c den Vereinbarungen zugrunde gelegte Gehälter und Löhne tatsächlich nicht an die Mitarbeitenden der Einrichtung gezahlt wurden. Dies ist auch bei der Auslegung von S. 1 („entsprechend“) zu berücksichtigen. Hiervon zu unterscheiden ist indes der Fall, dass in den Vergütungsvereinbarungen bewusst höhere Durchschnittspersonalkosten angesetzt wurden, um zB der Einrichtung einen finanziellen Spielraum für die Personalgewinnung zu verschaffen. In solchen Konstellationen besteht selbstverständlich kein Kürzungsanspruch nach Abs. 3 (vgl. LSG MV 6.5.2020 – L 6 P 18/19 ER, BeckRS 2020, 9423 = SRa 2020, 253).

2. Höhe der Kürzung

Maßstab für die Höhe des Kürzungsbetrags ist der geringere Wert der Leistung, **17** der in erster Linie in der Differenz der Personalkosten zwischen vereinbartem und tatsächlich eingesetztem Personalbestand sowie der Dauer der Personalunterdeckung

zum Ausdruck kommt. Im Gesetzgebungsverfahren hatte man nur die Gewinnabschöpfung im Blick (BT-Drs. 14/5395, 43). Bei Qualitätsmängeln, die für eine Beeinträchtigung der Lebensqualität des Pflegebedürftigen ursächlich sind, müssen Schmerzensgeldansprüche unberücksichtigt bleiben, weil sie nach Abs. 3 S. 7 vom Betroffenen gesondert geltend gemacht werden können. Insoweit bleibt als Bemessungsgröße allenfalls der Differenzbetrag zwischen den Pflegesätzen bzw. Vergütungen der regionalen Wettbewerber. Der Kürzungsbetrag kann nach Abs. 3 S. 6 nicht über die Vergütungen oder Entgelte nach dem Achten Kapitel refinanziert werden, sondern ist aus trügereigenen Mitteln aufzuwenden. Die Regelung ist missverständlich formuliert, denn selbstverständlich kann der Einrichtungsträger den Kürzungsbetrag aus einem etwaigen Gewinn aus Vergütungen aus anderem Zeitraum finanzieren. Dem Einrichtungsträger ist es aber verwehrt, den Kürzungsbetrag als Aufwand bei einer künftigen Vergütungsvereinbarung anzusetzen. Berücksichtigungsfähig ist indes das betriebliche Wagnis als solches (vgl. BeckOGK/Weber, 15.2.2023, § 84 Rn. 17 ff.).

3. Verfahrensmäßige Umsetzung

- 18 Über die Kürzung soll **grundsätzlich Einvernehmen** zwischen den Vertragsparteien gem. § 85 Abs. 2 angestrebt werden (Abs. 3 S. 2). Die Geltendmachung des Anspruches ist nach der Rechtsprechung zeitlich beschränkt. Der auf Qualitätsmängel gestützte Kürzungsanspruch des § 115 Abs. 3 muss nach Ansicht des BSG (12.9.2012 – B 3 P 5/11 R Rn. 29, BSGE 112, 1 = NZS 2013, 265) unter Einschaltung der Schiedsstelle unverzüglich geltend gemacht werden, weil er einem systemimmanenten Beschleunigungsgebot unterliege. Schließlich sei es Zweck der Regelung, dass die zumeist hochbetagten Betroffenen auch selbst von der Kürzung der Vergütung profitierten. Die Kostenträger können **Kürzungsansprüche** danach nur innerhalb einer **Frist von einem Jahr** seit der Feststellung (im Rahmen einer Qualitätsprüfung) geltend machen (BSG 12.9.2012 – B 3 P 5/11 R Rn. 44 f., BSGE 112, 1 = NZS 2013, 265; kritisch Bieback SGB 2013, 511). Abweichend hiervon ist das Einvernehmen unverzüglich herzustellen, wenn es sich um Fälle des Abs. 3a handelt (Abs. 3a S. 3 Hs. 1); ein späteres Geltendmachen von solchen Kürzungsansprüchen dürfte danach ausgeschlossen sein.
- 19 Scheitert die einvernehmliche Einigung, kann nach Abs. 3 S. 3 eine der Parteien die Schiedsstelle gem. § 76 anrufen, die in ihrer Besetzung durch den Vorsitzenden und die zwei unparteiischen Mitglieder entscheidet. Die Schiedsstelle entscheidet in den Fällen des Abs. 3a idR binnen drei Monaten (Abs. 3a S. 3 Hs. 2). Die Kosten der Schiedsstellenentscheidung werden – je nach Ergebnis des Schiedsspruches – nach Maßgabe von § 116 Abs. 2 verteilt. Die Entscheidung der Schiedsstelle ist gerichtlich überprüfbar. Für die gegen die Schiedsstelle selbst zu richtende Klage (BSG 12.9.2012 – B 3 P 5/11 R, BSGE 112, 1 = NZS 2013, 265 = SozR 4-3300 § 115 Nr. 1) sind erstinstanzlich gem. § 29 Abs. 2 Nr. 1 SGG die Landessozialgerichte zuständig. Abs. 3 S. 4 ordnet an, dass die Klage aufschiebende Wirkung hat und es eines Vorverfahrens nicht bedarf. Die Entscheidung der Schiedsstelle unterliegt dabei im Hinblick auf die Voraussetzungen für eine Vergütungskürzung (relevante Pflichtverletzung der Einrichtung) der vollen gerichtlichen Überprüfung; bezüglich des festgesetzten Kürzungsbetrages ist die gerichtliche Kontrolle des Schiedsspruchs dagegen begrenzt. Überprüft wird insofern, ob die Schiedsstelle die widerstreitenden Interessen der Vertragsparteien ermittelt, alle für die Abwägung erforderlichen tatsächlichen Erkenntnisse gewonnen und die Abwägung frei von Einseitigkeit in einem den gesetzlichen Vorgaben entsprechenden fairen und willkürfreien Verfahren vorgenommen hat (HessLSG 27.1.2011 – L 8 P 29/08 KL, BeckRS 2011, 69945 = SRA 2011, 188). Die weiteren Einzelheiten des Verfahrens sind gem. **Abs. 3b** von den Vertragsparteien nach § 113 auszugestalten. Die entsprechenden

Regelungen sind im BAnz. veröffentlicht (BAnz AT 20.3.2018 B5) und für die Beteiligten verbindlich. Hierzu gehört insbesondere die Möglichkeit des Einrichtungsträgers, sich zu den entscheidungserheblichen Tatsachen binnen einer Frist von mindestens vier Wochen schriftlich äußern zu können (§ 3 Abs. 2 der Bekanntmachung).

Die von einem Kostenträger geltend zu machende Kürzung nach Abs. 3 konkurriert mit dem **Kürzungsanspruch des Pflegebedürftigen** nach § 10 Abs. 1 WVBVG. Macht der Pflegebedürftige aus eigenem Recht gegen den Einrichtungsträger gem. § 10 Abs. 1 WVBVG einen Kürzungsanspruch geltend, so kommt wegen desselben Sachverhalts eine Kürzung nach § 115 Abs. 3 nicht in Betracht (§ 10 Abs. 4 WVBVG). Die Bezugnahme auf § 66 SGB V in Abs. 3 S. 7 Hs. 2 bedeutet, dass die Pflegekasse den Pflegebedürftigen bei der Geltendmachung eigener Ersatzansprüche, die nicht auf sie übergegangen sind, unterstützen kann.

IX. Schutz der Pflegebedürftigen (Abs. 4–6)

Bei schwerwiegenden Mängeln lösen die Abs. 4 und 5 **besondere Schutz-** **pfllichten** der Pflegekasse aus. Mängel iSd Abs. 4 und 5 sind schwerwiegend, wenn Pflegebedürftige zu Schaden kommen können und gem. § 74 Abs. 2 S. 2 eine fristlose Kündigung des Versorgungsvertrags gerechtfertigt wäre. Bei stationärer Pflege müssen Pflegebedürftige auf Antrag nach Abs. 4 S. 1 in eine andere Einrichtung vermittelt werden, wenn die Mängel nicht kurzfristig behoben werden können. In der ambulanten Pflege besteht auch bei Behebbarkeit der Mängel eine Berechtigung der zuständigen Pflegekasse nach Abs. 5 S. 1, dem Pflegedienst die Versorgung des Pflegebedürftigen vorläufig zu untersagen. Die Änderung des Abs. 5 S. 1 (der Begriff „Betreuung“ wurde durch „Versorgung“ ersetzt) dient nur der Klarstellung, dass die gesamte Versorgung durch den Pflegedienst erfasst ist und nicht nur Betreuungsleistungen im Sinne der Differenzierung des § 36 (BTDrs. 18/5926, 106). Das von der Pflegekasse auszusprechende Versorgungsverbot kann sich nur auf konkrete Einzelfälle beziehen; soll die Tätigkeit eines Pflegedienstes insgesamt eingestellt werden, muss der Versorgungsvertrag nach § 74 gekündigt werden. Ein **Versorgungsverbot** stellt einen Verwaltungsakt dar, gegen den nach § 73 Abs. 2 entsprechend ohne Vorverfahren Anfechtungsklage vor dem Sozialgericht erhoben werden kann (Abs. 5 S. 1 aE); einstweiliger **Rechtsschutz** kann nach § 86b Abs. 1 Nr. 2 SGG erstritten werden. Die **Kosten der Vermittlung** (zB für den Umzug in eine andere stationäre Einrichtung) trägt nach Abs. 6 S. 1 der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, wenn er die schwerwiegenden Qualitätsmängel analog § 276 BGB zu vertreten hat. Daneben kann der Pflegebedürftige ggf. einen weitergehenden Schadensersatz gegen die Pflegeeinrichtung geltend machen (Abs. 6 S. 2).

§ 115a Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien

(1) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 passen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene die Pflege-Transparenzvereinbarungen an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung an (übergeleitete Pflege-Transparenzvereinbarungen). ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ³Kommt bis zum 30. April 2016 keine einvernehmliche Einigung zustande, entscheidet der erweiterte

Qualitätsausschuss nach § 113b Absatz 3 bis zum 30. Juni 2016. ⁴Die übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen gelten ab 1. Januar 2017 bis zum Inkrafttreten der in § 115 Absatz 1a vorgesehenen Qualitätsdarstellungsvereinbarungen.

(2) Schiedsstellenverfahren zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen, die am 1. Januar 2016 anhängig sind, werden nach Maßgabe des § 113b Absatz 2, 3 und 8 durch den Qualitätsausschuss entschieden; die Verfahren sind bis zum 30. Juni 2016 abzuschließen.

(3) Die Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 (Qualitätsprüfungs-Richtlinien) in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung gelten nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 bis zum Inkrafttreten der Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 fort und sind für den Medizinischen Dienst und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. verbindlich.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die Qualitätsprüfungs-Richtlinien unverzüglich an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung an. ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. ⁴Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ⁵Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die nach Absatz 4 angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bis zum 30. September 2016 an die nach Absatz 1 übergeleiteten und gegebenenfalls nach Absatz 2 geänderten Pflege-Transparenzvereinbarungen an. ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. ⁴Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ⁵Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten zum 1. Januar 2017 in Kraft.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Übergeleitete Pflege-Transparenzvereinbarungen (Abs. 1)	3
IV. Fortgeltung und Anpassung der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien (Abs. 3–5)	4
V. Anhängige Schiedsverfahren (Abs. 2)	6

I. Geltende Fassung

§ 115a wurde eingefügt mWv 1.1.2016 durch Art. 1 Nr. 38a des PSG II vom 1 21.12.2015, BGBl. I 2424). Abs. 1 S. 1, Abs. 3, Abs. 4 S. 1 und Abs. 5 S. 1 wurden mWv 1.1.2020 durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, BGBl. I 2789, geändert.

II. Normzweck und Überblick

Die umfangreichen Änderungen des SGB XI, insbesondere die Einführung des 2 neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die Gliederung in Pflegegrade und das neue Begutachtungsinstrument, führten auch zu einem Anpassungsbedarf der Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) und der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien (QPR). Die Regelungen des § 115a enthalten Vorgaben für das Verfahren zu ihrer Anpassung (Abs. 1), die Fortgeltung der bis dahin geltenden Regelungen (Abs. 3) und die Beteiligung der Verbände und Interessenvereinigungen an der Neufassung (Abs. 4 u. 5). Darüber hinaus begründete Abs. 2 die Zuständigkeit des erweiterten Qualitätsausschusses nach § 113b für die Entscheidung in noch nicht abgeschlossenen Schiedsverfahren zu den PTV.

III. Übergeleitete Pflege-Transparenzvereinbarungen (Abs. 1)

Mit Abs. 1 verpflichtete der Gesetzgeber die Vertragsparteien nach § 113, die 3 insbesondere noch auf der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu Pflegestufen beruhenden Pflege-Transparenzvereinbarungen an die neue, ab 1.1.2017 geltende Rechtslage anzupassen. Dadurch sollte unter konkreter Fristsetzung gewährleistet werden, dass die Qualitätsprüfung wie auch die Qualitätsdarstellung dem neuen Recht entsprechend erfolgen konnten (S. 2). Soweit die Vertragsparteien nach § 113 dieser Verpflichtung nicht rechtzeitig nachgekommen wären, hätte an ihrer Stelle der erweiterte Qualitätsausschuss nach § 113b zu entscheiden gehabt (Abs. 3). Für die ambulante Pflege wurde die Pflege-Transparenzvereinbarung (**PTVA**) unter dem Datum des 7.12.2015 bereits im Rahmen eines Schiedsverfahrens an die neue Rechtslage angepasst; für die stationäre Pflege erfolgte die entsprechende Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarung (**PTVS**) unter dem Datum des 11.8.2016. Inzwischen wurde die PTVS nach § 115 Abs. 1a mWv 1.11.2019 durch die Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (**QDVS**) vom 19.3.2019, zuletzt geändert am 9.11.2022, ersetzt. Für die ambulante Pflege steht dies noch aus, obwohl diese bis zum 31.12.2018 von den Vertragsparteien nach § 113 zu schließen gewesen wären (§ 115 Abs. 1a S. 10).

IV. Fortgeltung und Anpassung der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien (Abs. 3–5)

- 4 Abs. 3 ordnete an, dass Qualitätsprüfungen auf der Grundlage der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) in der am 31.12.2015 geltenden Fassung nach Maßgabe der Abs. 4 und 5 weiter durchzuführen waren. Die Richtlinien waren damit **verbindliche Rechtsgrundlage** für den MD und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Der Gesetzgeber überbrückte so die Zwischenzeit bis zur Einführung des neuen, wissenschaftlich fundierten Qualitätssicherungsverfahrens nach § 114a Abs. 7 (BT-Drs. 18/6688, 138).
- 5 Die fortgeltenden **Qualitätsprüfungs-Richtlinien** waren jedoch nach Abs. 4 S. 1 unverzüglich durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen an die Rechtslage ab dem 1.1.2016 anzupassen (insbesondere bezüglich Anlassprüfungen und Abrechnungen). Hierfür sah das Gesetz die gesonderte Beteiligung der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vor. Die Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen erfolgte nach Maßgabe von § 118. Die angepassten Richtlinien bedurften hiernach der **Genehmigung durch das BMG** (S. 5). Inzwischen gelten neue Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege einschließlich der Kurzzeitpflege (QPR vollstationär) vom 17.12.2018, die vom BMG am 21.2.2019 genehmigt wurden. Für die ambulante Pflege gelten Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR Ambulante Pflege) in einer angepassten Fassung vom 18.12.2019, die vom BMG am 25.3.2020 genehmigt wurden. Daneben bestehen auch Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die Tagespflege vom 26.10.2020 und für Betreuungsdienste vom 8.2.2021 (abrufbar unter www.gkv-spitzenverband.de).

V. Anhängige Schiedsverfahren (Abs. 2)

- 6 Die Vorschrift fand keine Anwendung, da keine Schiedsverfahren zu Pflege-Transparenzvereinbarungen mehr anhängig waren, über die der erweiterte Qualitätsausschuss nach § 113b anstelle der zuvor gebildeten Schiedsstelle zu entscheiden gehabt hätte.

§ 116 Kostenregelungen

(1) Die Prüfkosten bei Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.

(2) ¹Die Kosten der Schiedsstellenentscheidung nach § 115 Abs. 3 Satz 3 trägt der Träger der Pflegeeinrichtung, soweit die Schiedsstelle eine Vergütungskürzung anordnet; andernfalls sind sie von den als Kostenträgern betroffenen Vertragsparteien gemeinsam zu tragen. ²Setzt die Schiedsstelle einen niedrigeren Kürzungsbetrag fest als von den Kostenträgern gefordert, haben die Beteiligten die Verfahrenskosten anteilig zu zahlen.

(3) ¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu regeln. ²In der Rechtsverordnung können auch

Mindest- und Höchstsätze festgelegt werden; dabei ist den berechtigten Interessen der Wirtschaftlichkeitsprüfer (§ 79) sowie der zur Zahlung der Entgelte verpflichteten Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Kosten und Entgelte der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Abs. 1 und 3)	3
IV. Schiedsstellenentscheidung gem. § 115 Abs. 3 S. 3 (Abs. 2)	4

I. Geltende Fassung

§ 116 wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 23 PQsG vom 9.9.2001 (BGBl. I 2320) 1 mWv 1.1.2002 idF des RegE zum PQsG (BT-Drs. 14/5395, 14; 44). Durch Art. 1 Nr. 75 PflegeWEG vom 28.5.2008 (BGBl. I 874) wurden Abs. 1 S. 1 mWv 1.7.2008 gestrichen, Abs. 1 S. 2 und Abs. 2 als neuer Abs. 1 zusammengefasst und Abs. 3 (ehemals Abs. 4) S. 1 und 2 angepasst.

II. Normzweck und Überblick

§ 116 regelt die Festlegung der Entgelte für Wirtschaftlichkeitsprüfungen gem. 2 § 79 (Abs. 3) und die Kostentragung hierfür (Abs. 1). Abs. 2 legt die Kostentragung für das Schiedsverfahren gem. § 115 Abs. 3 S. 3 bei Kürzung der Pflegevergütung fest. Die Kosten für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sind von dieser Vorschrift nicht umfasst (jurisPK-SGB XI/Vieweg Rn. 9).

III. Kosten und Entgelte der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Abs. 1 und 3)

Aus Abs. 1 S. 1 geht hervor, dass die nach § 79 geprüften Pflegeeinrichtungen 3 die **Prüfkosten** tragen (ausdrücklich noch Abs. 1 idF bis 30.6.2008). Vor 2002 war die Kostenverteilung in den Rahmenvereinbarungen nach § 75 geregelt. Dies hatte nach Auffassung des Gesetzgebers dazu geführt, dass nicht ausreichend Prüfungen erfolgten (BT-Drs. 14/5395, 44 zu § 116). Die Kosten können unabhängig vom Prüfergebnis als **pflegesatzfähiger Aufwand** im Rahmen einer Vergütungsvereinbarung nach § 85 Abs. 1 refinanziert werden; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume aufgeteilt werden. Eine Berücksichtigung innerhalb der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung ist dagegen nicht möglich (zutr. LPK-SGB XI/Plantholz/Klie Rn. 5). Regelungen in den Landesrahmenverträgen nach § 75 sind insoweit gegenstandslos (vgl. BR-Drs. 731/00, 80), denn die gesetzlichen Vorgaben sind verbindlich. Eine Verordnung nach Abs. 3 ist bisher nicht ergangen. Die Entgelte für die Prüfinstitutionen müssen im Einzelfall vereinbart werden.

IV. Schiedsstellenentscheidung gem. § 115 Abs. 3 S. 3 (Abs. 2)

Abs. 2 enthält eine Quotelungsregelung für die Kosten des Schiedsverfahrens nach 4 § 115 Abs. 3 S. 3, die sich am Obsiegen/Unterliegen ausrichtet. Maßgeblich ist insofern die Antragstellung der Parteien des Schiedsverfahrens, anhand derer das Maß des Obsiegens zu bemessen ist. Damit wird eine bundeseinheitliche Regelung

für die Kostenquotelung in Abweichung von landesrechtlichen Bestimmungen nach § 76 Abs. 5 getroffen. Für die Höhe der Kosten wird hingegen mangels ausdrücklicher Festlegungen auf die landesrechtlichen Vorgaben zu § 76 Abs. 5 zurückgegriffen. In einem sozialgerichtlichen Urteil über eine Schiedsstellenentscheidung wird eine Entscheidung über die Verteilung der Kosten des Schiedsstellenverfahrens gem. § 116 Abs. 2 getroffen, wenn kein neues Schiedsverfahren durchzuführen ist (vgl. NK-GesundhR/Prehn Rn. 8).

§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. arbeiten mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeeinrichtungen eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch und nach den heimrechtlichen Vorschriften insbesondere durch

1. regelmäßige gegenseitige Information und Beratung,
2. Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Pflegeeinrichtungen und
3. Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen wirksam aufeinander abzustimmen. ²Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. ³Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen.

(2) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. können mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder den obersten Landesbehörden ein Modellvorhaben vereinbaren, das darauf zielt, eine abgestimmte Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften zu erarbeiten. ²Von den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 und den nach § 115 Absatz 1a bundesweit getroffenen Vereinbarungen kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden. ³Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach diesem Buch kann durch eine Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder den obersten Landesbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden.

(3) ¹Zur Verwirklichung der engen Zusammenarbeit sind die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde die ihnen nach diesem Buch zugänglichen Daten über die Pflegeeinrichtungen, insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die personelle und sächliche Ausstattung sowie über die Leistungen und Vergütungen der Pflegeeinrichtungen, mitzuteilen. ²Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung zu anonymisieren.

(4) ¹Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeeinrichtungen sind vom Medizinischen Dienst, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach diesem Buch durchführen, unverzüglich der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind. ²§ 115 Abs. 1 Satz 1 bleibt hiervon unberührt.

(5) ¹Die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden entstehenden Kosten. ²Eine Beteiligung an den Kosten der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder anderer von nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde beteiligter Stellen oder Gremien ist unzulässig.

(6) ¹Durch Anordnungen der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde bedingte Mehr- oder Minderkosten sind, soweit sie dem Grunde nach vergütungsfähig im Sinne des § 82 Abs. 1 sind, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen. ²Der Widerspruch oder die Klage einer Vertragspartei oder eines Beteiligten nach § 85 Abs. 2 gegen die Anordnung hat keine aufschiebende Wirkung.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Grundsätze (Abs. 1)	3
IV. Modellvorhaben (Abs. 2)	6
V. Informationsweitergabe (Abs. 3 und 4)	7
VI. Kostenregelungen (Abs. 5 und 6)	8

I. Geltende Fassung

§ 117 wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 23 PQsG (vom 9.9.2001, BGBl. I 2320) 1 mWv 1.1.2002. Dem RegE zum PQsG (BT-Drs. 14/5395, 14, Begr. S. 45) wurde Abs. 4 S. 2 durch die Beschlussempfehlung des AfG (BT-Drs. 14/6308, 24, Begr. S. 32) hinzugefügt. Die heimordnungsrechtlichen Kompetenzen sind durch Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG in die Länderhoheit übergegangen (Art. 1 Nr. 7a dd des GG-ÄndG vom 28.6.2006, BGBl. I 2034). Abs. 1 S. 1 und 3, Abs. 4 S. 1 idF von Art. 1 Nr. 76 PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008 verweisen daher nicht mehr auf das HeimG, sondern auf die heimrechtlichen Vorschriften. Durch Art. 2 Abs. 1 Nr. 7 HeimRNG (vom 31.7.2009, BGBl. I 2332) wurde ergänzend mWv 1.10.2009 in der Vorschrift durchgehend das Wort „Heimaufsicht“ durch „nach den heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde“ ersetzt (vgl. → Vor §§ 112–120 Rn. 5). Seit Art. 6 Nr. 6 InfSchG (vom 3.8.2011, BGBl. I 1622) ist auch der Prüfdienst der PKV in die Zusammenarbeit mit den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden einbezogen. Art. 1 Nr. 44 PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) änderte mWv 30.10.2012 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, Nr. 2 und S. 3. Ferner wurden hierdurch in Abs. 2 die S. 1 und 2 neu vorangestellt. Abs. 2 S. 1 und 3 wurden durch Art. 1 Nr. 28a PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015 um den Verweis auf die obersten Landesbehörden ergänzt. Durch Art. 1 Nr. 39 des PSG II vom

21.12.2015, BGBl. I 2424, wurden mWv 1.1.2016 Abs. 2 S. 2 und Abs. 4 S. 2 geändert. Durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, BGBl. I 2789, wurden Abs. 1 S. 1, Abs. 3 S. 1, Abs. 4 S. 1 und Abs. 5 S. 1 mWv 1.1.2020 geändert.

II. Normzweck und Überblick

- 2 Eine enge Zusammenarbeit der Landesverbände der Pflegekassen und des MD mit den heimrechtlichen Behörden (Abs. 1) soll Synergieeffekte haben und die Belastung der Pflegeeinrichtungen und -bedürftigen durch Prüfungen vermindern, ohne die jeweiligen Verantwortlichkeiten zu verschieben (Abs. 2). Abs. 3 und 4 betreffen die Weiterleitung von Daten an die zuständige heimrechtliche Behörde. Die Kostentragung im Zusammenhang mit den heimrechtlichen Behörden ist Gegenstand von Abs. 5 und 6. Den Landesgesetzen zum Heimaufsichtsrecht sind spiegelbildliche Regelungen zu § 117 zu entnehmen (vgl. § 25 WTPG BW; Art. 47 BayPfleWoqG, § 15 NdsNuWG, § 17 WTG NRW; weitere Nachweise bei Dickmann/Wiedersberg, Heimrecht, 11. Aufl. 2014, Kap. VII Rn. 2).

III. Grundsätze (Abs. 1)

- 3 Abs. 1 enthält in programmatischer Form den Auftrag des Gesetzgebers an die Landesverbände der Pflegekassen und die MD einerseits und die heimrechtlichen Aufsichtsbehörden andererseits zur **Kooperation**. Das Erfordernis der Zusammenarbeit ergibt sich aus der Überschneidung der jeweiligen Prüfgegenstände (vgl. Arbeitsgruppe III, Runder Tisch Pflege beim BMFSFJ Diskussionspapier vom 1.3.2005, Rn. 20 ff. und → Vor §§ 112–120 Rn. 7 ff.). Ein Ziel der Zusammenarbeit ist es, Doppelprüfungen möglichst zu vermeiden (Abs. 1 S. 2). Die Kooperationsverpflichtung erstreckt sich jedoch nicht nur auf Qualitätsprüfungen. Dies lässt bereits der Wortlaut des Abs. 1 S. 1 erkennen („Zulassung und Überprüfung“). Das praktische Erfordernis einer Zusammenarbeit ergibt sich zB auch daraus, dass die heimrechtlichen Aufsichtsbehörden zT nach Landesrecht die Einhaltung der Vereinbarungen gem. §§ 85 ff. bei der Gestaltung der Heimverträge, dh originäre Vorgaben aus der Selbstverwaltung der sozialen Pflegeversicherung, überwachen (zulässig gem. BVerwG 28.5.2014 – 8 B 71/13, NZS 2014, 667 = SRa 2014, 202; ebenso schon für die Rechtslage unter dem HeimG BVerwG 2.6.2010 – 8 C 24/09, ZFSH/SGb 2010, 594 = NVwZ 2011, 1207). Zu beobachten ist auch, dass die Landesverbände der Pflegekassen vor Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 die nach der pflichtgemäßen Anzeige der beabsichtigten Betriebsaufnahme durch den Einrichtungsträger von den Aufsichtsbehörden durchgeführten „ersten“ Überprüfungen abwarten (vgl. Art. 4 BayPfleWoqG).
- 4 Auch nach den kosmetischen Änderungen durch das PNG („regelmäßig“ in Abs. 1 S. 1 Nr. 1; „und“ statt „oder“ in Nr. 2 aE) werden die Abläufe der Zusammenarbeit im SGB XI nicht institutionalisiert und die Intensität des Austausches nicht konkret geregelt, um die Zusammenarbeit im Einzelfall nicht zu bürokratisieren. Im Landesrecht existieren jedoch zT formalisiertere Strukturen wie die Bildung von Arbeitsgemeinschaften, zB § 17 WTG-NRW, § 21 HessGBP bzw. Vereinbarungen betreffend die Prüfungen (§ 37 HmbWBG). Die Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen und der Prüfinstitutionen in Abs. 1 S. 3 zur Beteiligung daran hat demnach auch nach dem Übergang der heimrechtlichen Kompetenzen auf die Länder noch Relevanz.
- 5 Zu den Grundsätzen der gesetzlich intendierten Zusammenarbeit mit den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden gehört auch, dass sich die Pflegekassen und ihre Landesverbände nicht ihren nach dem SGB XI bestehenden **Verantwortlichkeiten** zur

Sicherstellung der Pflege, Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger bzw. der Prüfung der Qualität der Leistungen entziehen (kritisch Klie RsDE 37 (1997), 31 (35)). Auch wenn zB arbeitsteilige Prüfungen nach dem SGB XI grundsätzlich möglich sind (Abs. 1 S. 1 Nr. 2), bleiben die Pflegekassen und ihre Landesverbände nach Abs. 2 S. 3 im Rahmen ihrer Aufgaben vollumfänglich letztverantwortlich. Es besteht daher keine Weisungsbefugnis der heimrechtlichen Behörden gegenüber den Pflegekassen (BT-Drs. 14/5395, 45). Praktisch ist ein arbeitsteiliges Vorgehen weit verbreitet; so werden Prüfungen häufig gemeinsam durch Beschäftigte des MD und der Heimaufsichtsbehörde durchgeführt, dabei verschiedene Prüfungsgegenstände untereinander aufgeteilt und die Ergebnisse anschließend zusammengeführt. Für den Einrichtungsträger kann dies allerdings zu einer ambivalenten Situation zB im Abschlussgespräch führen. Festgestellte Qualitätsdefizite, die im Verhältnis zu den Pflegekassen im Rahmen einer Vertragsbeziehung bearbeitet werden können, unterliegen im Ordnungsrecht ggf. einer abweichenden Beurteilung durch die Aufsichtsbehörde und führen bei Anwendung des entsprechenden Instrumentariums (zB Belegungsstopp, Betriebsuntersagung) zu anderen Konsequenzen. Der Einrichtungsträger muss bei gemeinsam durchgeführten Prüfungen beide Ebenen in seinem Verhalten gegenüber den Gesprächspartnern berücksichtigen. Dies mag im Einzelfall hinderlich sein, kann aber genauso gut aufgrund der unmittelbaren Einbindung der Ordnungsbehörde in die weitere sozialrechtliche Vertragsbeziehung eine verlässliche Grundlage für einen Qualitätsentwicklungsprozess bedeuten; vertrags- und ordnungsrechtliche Maßnahmen können so ggf. zum Wohle aller Beteiligten aufeinander abgestimmt werden.

IV. Modellvorhaben (Abs. 2)

Durch das PNG besteht seit 30.10.2012 die Möglichkeit, Modellvorhaben zur Erreichung einer abgestimmten Vorgehensweise von Qualitätsprüfungen durchzuführen (Abs. 2 S. 1). Hierbei kann von den Vorgaben der Qualitätssicherung gem. §§ 114 Abs. 7 und 115 Abs. 1a S. 6 für die **Dauer des Modellvorhabens** abgewichen werden. Modellvorhaben können von allen oder auch nur einigen der in Abs. 2 S. 1 genannten Trägern mit den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden – und seit 1.1.2015 auch direkt mit den obersten Landesbehörden (vgl. BT-Drs. 18/2909, 44) – durchgeführt werden. Eine Maximaldauer für die Modellvorhaben ist nicht ausdrücklich festgelegt. Es dürfte wie bei den Modellvorhaben gem. §§ 8 Abs. 3 S. 6 von höchstens fünf Jahren auszugehen sein. Der Vorschlag des Bundesrates, eine dauerhafte Fortsetzung erfolgreicher Modellvorhaben zu ermöglichen (BT-Drs. 17/9669, 15 bzw. 24), ist nicht in das Gesetz übernommen worden. 6

V. Informationsweitergabe (Abs. 3 und 4)

Abs. 3 regelt die Weitergabe allgemeiner Daten über die Struktur von Pflegeheimen an die heimrechtlichen Behörden. Abs. 4 betrifft demgegenüber konkrete Erkenntnisse aus Qualitätsprüfungen, die unverzüglich (§ 121 BGB) an die heimrechtlichen Behörden weiterzuleiten sind, soweit dies für aufsichtsrechtliche Maßnahmen nach heimrechtlichen Vorschriften erforderlich ist. Die Regelung deckt sich inhaltlich mit § 115 Abs. 1. Datenschutzrechtlich abgesichert wird die Zusammenarbeit mit den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden durch §§ 94–97a und 97c für die Pflegekassen, ihre Landesverbände und die Prüfinstitutionen einerseits sowie § 97b für die heimrechtlichen Aufsichtsbehörden andererseits. 7

VI. Kostenregelungen (Abs. 5 und 6)

- 8 Abs. 5 und die Parallelvorschriften für die heimrechtlichen Behörden sind Ausdruck des Grundsatzes, dass aus der Zusammenarbeit entstehende Kosten von jedem Träger **selbst getragen** werden. Wenn eine Anordnung der heimrechtlichen Behörden vergütungsrelevante (§ 82 Abs. 1) **Kostenveränderungen** auslöst, wird dies nach Abs. 6 S. 1 im Rahmen der **nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung** berücksichtigt. Nach den landesrechtlichen Regeln des Ordnungsrechts haben Widerspruch und Klage gegen entsprechende Anordnungen idR keine aufschiebende Wirkung (vgl. Art. 13 Abs. 5 BayPflWoG). Aus Abs. 6 S. 2 ist deshalb nur abzuleiten, dass etwaige Mehr- oder Minderkosten auch dann in der Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen sind, wenn noch ein Widerspruchs- oder Klageverfahren anhängig sein sollte (so auch BeckOGK/Opolony, 1.5.2022, Rn. 15). Aus dem Umstand, dass der Einrichtungsträger den Rechtsweg gegen ordnungsrechtliche Anordnungen beschritten hat, kann für die Pflegesatzvereinbarung nicht abgeleitet werden, dass keine zusätzlichen Kosten anfallen (LSG Bln-Bbg 29.10.2009 – L 27 P 46/08, BeckRS 2010, 65324). Im Falle der sofortigen Vollziehbarkeit einer Anordnung fallen die entsprechenden Kosten ohnehin sofort an; sollten Rechtsbehelfe aufschiebende Wirkung haben, sind etwaige Kosten nach rechtskräftigem Abschluss des Rechtsstreits in der Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen.

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Bei Erarbeitung oder Änderung

1. der in § 17 Absatz 1, § 17 Absatz 1c, § 112a Absatz 2, § 114a Absatz 7, § 114c Absatz 1 und § 115a Absatz 3 bis 5 vorgesehenen Richtlinien sowie
 2. der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 115 Absatz 1a sowie § 115a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b sowie der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 113c und der Vereinbarungen nach § 115a Absatz 1 Satz 1
- wirken die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 2 beratend mit. ²Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen. ³Bei den durch den Qualitätsausschuss nach § 113b zu treffenden Entscheidungen erhalten diese Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. ⁴Der Qualitätsausschuss nach § 113b hat über solche Anträge in der nächsten Sitzung zu beraten. ⁵Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. ⁶Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 2 erlassenen Verordnung in die Gremien des Qualitätsausschusses nach § 113b entsandt werden, damit sie dort die in den Sätzen 1 und 3 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind, sowie auf den Ersatz des Verdienstaufwands in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches und einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. ⁷Das Nähere regeln die Vereinbarungspartner in der Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7.

- (2) **Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten festzulegen für**
- 1. **die Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, sowie**
 - 2. **das Verfahren der Beteiligung.**

Übersicht	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Anerkannte Organisationen	3
IV. Katalog der Beteiligungsrechte	4
V. Rechtsnatur	5
VI. Einfache und erweiterte Beteiligungsrechte	6
VII. Beteiligungsrechte in den Verweisungsnormen	10
1. Allgemeines zur Terminologie	11
2. Besonderheiten in den Ermächtigungsgrundlagen	13

I. Geltende Fassung

Zwischen 2002 und 30.6.2008 ermächtigte § 118 zum Erlass einer Rechtsverord- 1
nung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen. Die Pflegeprüf-VO schei-
terte jedoch am Widerstand des Bundesrats (Beschluss vom 27.9.2002, BR-
Drs. 588/02) und trat nie in Kraft. § 118 mit seinem heutigen Regelungsgegenstand
wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 45 PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) mWv
30.10.2012. Abs. 1 S. 1 Nr. 1 wurde neu gefasst durch Art. 1 Nr. 40 PSG II (vom
21.12.2015, BGBl. I 2424) mWv 1.1.2016 und erweitert durch Art. 11
Nr. 20d PpSG (vom 11.12.2018 BGBl. I 2394) mWv 1.1.2019 und Art. 10
Nr. 11 TSVG (vom 6.5.2019 BGBl. I 646) mWv 11.5.2019; Anpassungen erfolgten
an geänderte Zuständigkeiten durch Art. 10 Nr. 26 lit. a MDK-ReformG (vom
14.12.2019 BGBl. I 2789) mWv 1.1.2020 und an veränderte Bezugsnormen durch
Art. 1 Nr. 43 lit. a PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.10.2023.
Abs. 1 S. 1 Nr. 2 wurde neu gefasst durch Art. 1 Nr. 40 PSG II (vom 21.12.2015,
BGBl. I 2424) mWv 1.1.2016 und erweitert um die Vereinbarungen und Beschlüsse
nach § 113c durch Art. 1 Nr. 22a PSG III (vom 23.12.2016, BGBl. I 3191) mWv
1.1.2017; der Verweis auf § 113a wurde gestrichen durch Art. 1 Nr. 43 lit. b PUEG
(vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023. Abs. 1 S. 3 wurde ersetzt, S. 4–
7 wurden neu angefügt durch Art. 1 Nr. 22b PSG III (vom 23.12.2016, BGBl. I
3191) mWv 1.1.2017. Abs. 1 S. 6 und 7 wurden geändert durch Art. 10 Nr. 26
lit. b und c MDK-ReformG (vom 14.12.2019 BGBl. I 2789) mWv 1.1.2020.

II. Normzweck und Überblick

§ 118 institutionalisiert und vereinheitlicht die **Beteiligung von Interessenver-** 2
tretungen Pflegebedürftiger beim Erlass, dem Abschluss und der Änderung
bestimmter Richtlinien, Vereinbarungen und Empfehlungen. Die laut BT-Drs. 17/
7439, 51 zu Nr. 46, als unzureichend empfundene Beteiligung der Betroffenen soll
in Anlehnung an die Patientenbeteiligung des SGB V vereinheitlicht und verstärkt

werden, wobei der Fokus auf den Bereichen Begutachtung und Qualitätssicherung liegt. Die **PflegebedürftigenbeteiligungsVO** vom 22.3.2013, BGBl. I 599, wurde in Umsetzung dieses Auftrages auf Grundlage von Abs. 2 erlassen.

III. Anerkannte Organisationen

- 3 Der Begriff der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (nachfolgend: maßgebliche Organisationen) ist durch das PflegeWEG zum 1.6.2008 in einigen Vorschriften des SGB XI aufgenommen worden. Der 2012 geschaffene § 118 knüpfte daran an; die Verwendung des Begriffes erfolgt im SGB XI schon aufgrund dieses zeitlichen Abstandes terminologisch uneinheitlich (→ Rn. 12 f.). § 2 PflegebedürftigenbeteiligungsVO erkennt die Bundesverbände folgender sechs maßgeblicher Organisationen an: VdK, SoVD, SELBSTHILFE, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben, BAGSO und die Verbraucherzentrale. § 3 PflegebedürftigenbeteiligungsVO ermöglicht die Anerkennung weiterer Organisationen. Davon ist seit dem Erlass der Verordnung 2013 kein Gebrauch gemacht worden.

IV. Katalog der Beteiligungsrechte

- 4 Die durch § 118 gewährten Rechte werden nur für die Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der im **Katalog in Abs. 1 S. 1** enthaltenen Bestimmungen gewährt. Bei anderen Richtlinien und Vereinbarungen besteht entweder gar kein Beteiligungsrecht (zB gem. §§ 53a oder 53b) oder es werden nicht die Rechte aus § 118 gewährt (zB § 78a Abs. 1 S. 4). Der Katalog der mitwirkungspflichtigen Rechtsakte ist im Laufe der Zeit Veränderungen unterworfen gewesen und **ausgeweitet worden**. Unverändert bestehen Mitwirkungsrechte im Rahmen von §§ 17 Abs. 1 und 1c (ex. § 18b), 113 Abs. 1, 114a Abs. 7 und 115 Abs. 1a. Zum 1.1.2016 aufgenommen wurden die §§ 115a Abs. 3–5, 37 Abs. 5 SGB V (idF ab 2017), § 115a Abs. 1 S. 1 und § 115a Abs. 1 S. 3, Abs. 2; zum 1.1.2017 wurde noch § 113c hinzugefügt. Nach der Änderung von §§ 45a, 45b im Zuge der Reform des Begriffes der Pflegebedürftigkeit entfielen die hierfür vorgesehenen Beteiligungsrechte. Zum 1.1.2019 bzw. 11.5.2019 wurde die Mitwirkung in den neu geschaffenen § 114c Abs. 1 bzw. § 112a Abs. 2 verankert; zum 1.7.2023 entfiel die Mitwirkung in § 113a mit dessen Streichung.

V. Rechtsnatur

- 5 Bei den Beteiligungsrechten des § 118 handelt es sich um selbstständig durchsetzbare **subjektiv-öffentliche Rechte der Interessenvertretungen** der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zur Beteiligung am Rechtssetzungsverfahren. Eine Missachtung der Vorgaben des § 118 bzw. der PflegebedürftigenbeteiligungsVO kann zur Nichtigkeit führen, wenn ein Verfahrenserfordernis in funktionserheblicher Weise verletzt ist. Dies ist zB bei der Verwehrung des Antragsrechts im Rahmen der Arbeit des Qualitätsausschusses gem. § 113b der Fall (vgl. BSG 14.5.2014 – B 6 KA 29/13 R, BSGE 116, 15 ff. = SozR 4–2500 § 140f Nr. 2 = BeckRS 2014, 72275 zu § 140f SGB V). Eine gerichtliche Geltendmachung des Verfahrensmangels ist den maßgeblichen Organisationen im Wege der Feststellungsklage möglich (vgl. BSG 3.2.2010 – B 6 KA 31/09 R, SozR 4–2500 § 116b Nr. 2 = MedR 2011, 52 ff.).

VI. Einfache und erweiterte Beteiligungsrechte

Den maßgeblichen Organisationen wird durch Abs. 1 S. 1 und 2 ein Recht zur schriftlichen und mündlichen Mitberatung sowie zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung eingeräumt. Zur Durchführung dieses **einfachen Mitberatungsrechts** müssen Ihnen Unterlagen rechtzeitig und vollständig zur Verfügung gestellt werden (§ 5 Abs. 2 S. 1 PflegebedürftigenbeteiligungsVO). Zum 1.1.2017 nicht mehr vorgesehen ist die früher in Abs. 1 S. 3 geregelte Verpflichtung für das beschlussfassende Organ, schriftlich zu begründen, warum ein im Rahmen der schriftlichen Mitberatung vorgebrachtes Anliegen einer maßgeblichen Organisation nicht in der Richtlinie oder Vereinbarung aufgenommen worden ist. Eine Begründung für diese Reduzierung ist der Gesetzesbegründung des PSG III (BT-Drs. 18/9518, 75), die gerade eine Stärkung des Beteiligungsrechts geltend macht, nicht zu entnehmen. Die Streichung ist auch deshalb nicht nachvollziehbar, weil die entsprechende Regelung der GKV in § 140f Abs. 4 S. 3 SGB V erhalten geblieben ist. Die mündliche Mitberatung wird durch organisationsseitig benannte **sachkundige Personen**, dh nicht zwingend Pflegebedürftige (anders § 4 Abs. 1 PatientenbeteiligungsVO) oder Mitarbeiter der maßgeblichen Organisationen, durchgeführt.

Den maßgeblichen Organisationen ist für die Mitwirkung im Rahmen des Qualitätsausschusses gem. § 113b Abs. 2 S. 10 seit 2017 ein **erweitertes Beteiligungsrecht** eingeräumt. Es besteht bei allen in § 113b vorgesehenen Entscheidungen der Vertragsparteien und beinhaltet nach Abs. 1 S. 3 über das Mitberatungsrecht hinaus ein Recht, eigene Anträge zu stellen. Die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen erfolgt dabei nicht nur in den Sitzungen des Qualitätsausschusses, sondern schon in den vorbereitenden Arbeitsgruppen (vgl. zur Beteiligung Christen SuP 2019, 627). Das **Antragsrecht** ist in offenkundiger Parallele zum Antragsrecht der Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss gem. § 140f Abs. 2 SGB V formuliert. Fast wortgleich dazu wird in Abs. 1 S. 4 und 5 festgelegt, dass der Qualitätsausschuss über Anträge der maßgeblichen Organisationen in der nächsten Sitzung zu beraten hat, und, wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden soll. Auch im Rahmen von §§ 113b, 118 gilt daher, dass eine rein formale Befassung, etwa durch bloße Erwähnung in der Tagesordnung, nicht ausreicht, sondern vielmehr **eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Anliegen** erforderlich ist (vgl. BT-Drs. 17/11710, 31 zu § 140f SGB V). Das Antragsrecht steht nicht den entsandten sachkundigen Personen, sondern den als maßgeblich anerkannten Organisationen zu (BSG 14.5.2014 – B 6 KA 29/13 R, BSGE 116, 15 = SozR 4–2500 § 140f Nr. 2 = BeckRS 2014, 72275 zu § 140f SGB V). Vor dem Hintergrund dieser Entscheidung ist auch Abs. 1 S. 6 zu verstehen, der in einem Halbsatz betont, dass die sachkundigen Personen die Rechte dieser Organisationen wahrnehmen.

Ausgehend von dem ursprünglichen Ansatz des Gesetzgebers, in den Bereichen Begutachtung und Qualitätssicherung eine Stärkung der Versichertenbeteiligung zu erreichen (→ Rn. 2), wäre es konsequent gewesen, **das Antragsrecht auch auf andere Richtlinien zu erstrecken**. Dies gilt etwa für die Dienstleistungsrichtlinie für den MDK gem. § 17 Abs. 1c (ex § 18b). Dass hier nur ein einfaches Mitwirkungsrecht besteht, bei Empfehlungen gem. § 37 Abs. 5 über die Qualitätssicherung der Beratungsbesuche aber eine erweiterte Mitwirkung möglich ist, erscheint nicht sachgerecht. Weitergehende Beteiligungsrechte sind im Gesetzgebungsverfahren zum PSG III von den maßgeblichen Organisationen gefordert wurden – vgl. zB SoVD, Ausschussdrucksache 18(14)0204(18neu) –, aber nicht in das Gesetz übernommen worden.

- 9 Abs. 1 S. 6 räumt ehrenamtlich tätigen sachkundigen Personen im Rahmen der Tätigkeit für den Qualitätsausschuss gem. § 113b einen Anspruch auf **Erstattung von Reisekosten und Verdienstausschuss sowie die Zahlung eines Pauschbetrages** ein. Dies wird nach Abs. 1 S. 7 durch die Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses konkretisiert (vgl. § 113b Abs. 7 S. 1 Nr. 9 und 10). Ursprünglich war allein eine Reisekostenerstattung geregelt. Dies ist zum 1.1.2020 um die Zahlung von Verdienstausschuss und Pauschbetrag ergänzt worden, so dass die Reisekosten-Vorschriften nunmehr denen der Patientenbeteiligung im SGB V angeglichen sind (BT-Drs. 19/14871, 123). Sachlich ist die Begrenzung der Erstattungen bzw. des Pauschalbetrages allein auf die Tätigkeiten im Rahmen des Qualitätsausschusses gem. § 113b durch den erheblichen Aufwand für die Mitwirkung (Beteiligung schon in den vorbereitenden Arbeitsgruppen) gerechtfertigt.

VII. Beteiligungsrechte in den Verweisungsnormen

- 10 Das Beteiligungsrecht gem. § 118 ist immer im Zusammenhang mit den im Katalog des Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 genannten Normen zu sehen, die zum Erlass des untergesetzlichen Rechtsaktes befugen.

1. Allgemeines zur Terminologie

- 11 In den Ermächtigungsgrundlagen zur Schaffung und Änderung der Rechtsakte, an denen die maßgeblichen Organisationen beteiligt werden, ist **die Terminologie noch nicht überall vollständig übereinstimmend** mit § 118. In einigen Vorschriften fehlen bei dem Verweis auf die maßgeblichen Organisationen die Worte „auf Bundesebene“, die in § 118 verwendet werden. Dies gilt für §§ 17 Abs. 1 (aber nicht Abs. 1c), 113 Abs. 1 S. 1 und 114a Abs. 7 S. 5. Es handelt sich bei den genannten Abweichungen lediglich um **redaktionelle Ungenauigkeiten**. Der Kreis der erfassten Organisationen ist durchgehend identisch.
- 12 Der Gesetzgeber hat zudem durch das PSG II zum 1.1.2016 in einige der Ermächtigungsnormen für beteiligungspflichtige Rechtsakte (§§ 113 Abs. 1 S. 1, 114a Abs. 7 S. 5, 115 Abs. 1a S. 11) den Zusatz **„nach Maßgabe des § 118“** aufgenommen. Damit soll die Art der Beteiligung geregelt bzw. klargestellt werden (Begründung in BT-Drs. 18/5926, 98, 99, 105, 106). Die Art und Weise der Beteiligung ist auch ohne diesen Verweis durch § 118 vorgegeben. Daher ist unschädlich, dass der Verweis auf § 118 zT fehlt, zB in § 17 Abs. 1c.

2. Besonderheiten in den Ermächtigungsgrundlagen

- 13 In den meisten Ermächtigungsgrundlagen werden die einfachen und erweiterten Mitberatungsrechte der maßgeblichen Organisationen nach § 118 **nicht inhaltlich modifiziert**. Dies betrifft §§ 17 Abs. 1c, 112a Abs. 2 S. 4, 113 Abs. 1 S. 1, 113c Abs. 2 S. 2, 114a Abs. 7 S. 5, 114c Abs. 1 S. 5, 115 Abs. 1a S. 11 und die drei Beteiligungsrechte in § 115a Abs. 1 S. 2, Abs. 4 S. 2 und Abs. 5 S. 2; die nach diesen Rechtsgrundlagen erlassenen untergesetzlichen Rechtsakte vermerken jeweils in der Präambel, dass eine Beteiligung gem. § 118 stattgefunden hat. In § 37 Abs. 5 werden die maßgeblichen Organisationen nicht ausdrücklich erwähnt. Dass sie zu beteiligen sind, ergibt sich aus dem Verweis in der Norm auf den Qualitätsausschuss gem. § 113b.
- 14 Auch die Beteiligung an den BRi gem. § 17 Abs. 1 S. 5 und 6 erfolgt als einfaches Mitberatungsrecht. Infolge eines Redaktionsversehens war ein Verweis in § 17 Abs. 1 S. 6 auf Abs. 1 S. 3 verblieben, obwohl dieser durch das PSG III geändert worden war und ab dem 1.1.2017 ein Antragsrecht beinhaltet. Der Gesetzgeber hat den fehlerhaften Verweis mit dem PUEG zum 1.10.2023 gestrichen.

§ 119 Verträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes

Für den Vertrag zwischen dem Träger einer zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung, auf die das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz keine Anwendung findet, und dem pflegebedürftigen Bewohner gelten die Vorschriften über die Verträge nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz entsprechend.

I. Geltende Fassung

§ 119 wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 23 PQsG (vom 9.9.2001, BGBl. I 2320) 1 mWv 1.1.2002. Art. 2 Abs. 1 Nr. 8 HeimRNG (vom 31.7.2009, BGBl. I 2319) fasste die Vorschrift mWv 1.10.2009 im Hinblick auf das WBVG neu. Zuvor hatte die Vorschrift unverändert die Fassung des RegE zum PQsG, BT-Drs. 14/5395, 16, Begr. S. 47.

II. Normzweck und Allgemeines

Nicht dem Anwendungsbereich des WBVG unterliegen zugelassene stationäre 2 Pflegeeinrichtungen, die zur Pflege Minderjähriger bestimmt sind (BT-Drs. 14/5395, 47, vgl. im Gegensatz dazu § 1 Abs. 1 S. 1 WBVG: „volljähriger Verbraucher“). § 119 soll ihre Rechte stärken, indem auch Heimverträge mit diesen Personen den Mindestanforderungen des WBVG unterworfen werden.

§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

(1) ¹Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 zu versorgen (Pflegevertrag). ²Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

(2) ¹Der Pflegedienst hat nach Aufforderung der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. ²Der Pflegevertrag kann von dem Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

(3) ¹In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gesondert zu beschreiben. ²Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten. ³Bei der Vereinbarung des Pflegevertrages ist zu berücksichtigen, dass der Pflegebedürftige Leistungen von mehreren Leistungserbringern in Anspruch nimmt. ⁴Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.

(4) ¹Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 und seiner ergänzenden Unter-

stützungsleistungen im Sinne des § 39a ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten.² 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.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Zustandekommen und Aushändigung	3
IV. Kündigungsrecht (Abs. 2)	5
V. Vertragsinhalte (Abs. 3)	6
VI. Vergütungsanspruch (Abs. 4)	9

I. Geltende Fassung

- 1 § 120 wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 23 PQsG (vom 9.9.2001, BGBl. I 2320) mWv 1.1.2002. Abs. 2 S. 1 wurde geändert von Art. 1 Nr. 78 PflegeWEG (vom 28.5.2008, BGBl. I 874) mWv 1.7.2008. Die Kündigungsvorschriften der Abs. 2 S. 2 und 3 aF wurden durch Art. 1 Nr. 46 lit. a PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246) mWv 30.10.2012 in S. 2 neu geregelt. Ebenfalls durch Art. 1 Nr. 46 PNG (vom 23.10.2012, BGBl. I 2246), jedoch mWv 1.1.2013, wurde Abs. 3 neu gefasst. Zwei Jahre später, zum 1.1.2015, fasste Art. 1 Nr. 28b PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) Abs. 3 wiederum neu. Durch Art. 2 Nr. 45a PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) wurden Abs. 1 S. 1 (lit. a) und Abs. 4 S. 1 (lit. b) zum 1.1.2017 an § 36 angepasst. Abs. 3 S. 3 und 4 wurden mWv 11.5.2019 eingefügt durch Art. 10 Nr. 12 TSVG (vom 6.5.2019, BGBl. I 646). Vergütungsregelungen für die Nutzung digitaler Pflegeanwendungen wurden in Abs. 4 S. 1 und Abs. 3 S. 1 mWv 9.6.2021 durch Art. 5 Nr. 19 DVPMG (vom 3.6.2021, BGBl. I 1309) aufgenommen.

II. Normzweck und Überblick

- 2 § 120 beschreibt Zustandekommen (Abs. 1), Kündigung (Abs. 2) und die wesentlichen Inhalte (Abs. 3) einschließlich der Vergütung (Abs. 4) eines Vertrages über ambulante Pflege. Die Norm dient der Umsetzung des Wahlrechts der Pflegebedürftigen gem. § 2 Abs. 2 und nach BT-Drs. 14/5395, 47, Transparenzzwecken. Die Parallelvorschriften über den Heimvertrag im WBVG sind erheblich detaillierter ausgestaltet.

III. Zustandekommen und Aushändigung

- 3 Nach Abs. 1 S. 1 wird schon durch die Aufnahme ambulanter Pflegetätigkeiten der Pflegevertrag begründet. Ausreichend zur Entstehung eines Vertragsverhältnisses sind demnach auch „Probeeinsätze“. Der Verweis auf § 36 stellt klar, dass der Vertrag über die ambulante Versorgung durch ambulante Pflegedienste die in Anspruch genommenen Leistungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung umfasst bzw. grds. umfassen kann. Der Pflegevertrag selbst ist ein **zivilrechtlicher Dienstvertrag** gem. §§ 611 ff. BGB. Nach Abs. 1 S. 1 und den allgemeinen Vorgaben des BGB ist die Wahrung der Schriftform keine Voraussetzung für die Wirksamkeit des Vertrags-

schluss, dies gilt auch, wenn in einem Landesrahmenvertrag zusätzlich auf die Schriftform verwiesen wird (KG 23.8.2018 – 4 U 102/18, BeckRS 2019, 20447). Eine schriftliche Ausfertigung ist aber im Hinblick auf Abs. 2 und 3 zwingend erforderlich. Der Pflegedienst hat dem Pflegebedürftigen nach BT-Drs. 16/7439, 90, den Pflegevertrag aus vertraglicher Nebenpflicht stets auszuhändigen, der Pflegekasse nach Abs. 2 S. 1 nur auf ihren Antrag. Für Rechtsstreitigkeiten aus dem ambulanten Pflegevertrag ist die ordentliche Gerichtsbarkeit zuständig.

Nach Abs. 1 S. 2 sind die Pflegedienste verpflichtet, wesentliche **Änderungen des Gesundheitszustandes** an die Pflegekasse zu melden. Die Mitteilung an die Pflegekasse ist nicht davon abhängig, dass die gepflegte Person einwilligt (so aber Krahmer/Plantholz SRa 2013, 137 (139)). Einer verfassungskonformen Einschränkung des Abs. 1 S. 2 bedarf es auch im Hinblick auf das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung nicht. Dieses Recht wird nach der Rechtsprechung des BVerfG seinerseits nicht schrankenlos gewährt (BVerfG 11.7.2007 – 1 BvR 1025/07, NJW 2007, 3707). Abs. 1 S. 2 berücksichtigt auch den **Schutz der finanziellen Interessen der Allgemeinheit**. Hierin ist ein hinreichend gewichtiger Grund des Allgemeinwohls zu sehen, der bei einer wesentlichen Veränderung des Pflegebedarfes (problematisch ist wohl nur der Fall der Reduzierung des Bedarfes) das Recht auf informationelle Selbstbestimmung überwiegt und eine Mitteilungspflicht an die Pflegekasse rechtfertigt. Allerdings sind die Regelungen des SGB XI nicht vollkommen aufeinander abgestimmt. Erkenntnisse aus einer Pflegeberatung gem. § 37 Abs. 4 S. 1 – die im Fall der Inanspruchnahme von Sachleistungen zumeist durch den betreuenden Pflegedienst durchgeführt werden wird (vgl. § 74 Abs. 4 S. 2) – dürfen im Gegensatz zur Regelung in Abs. 1 S. 2 grds. nur mit Einwilligung des Versicherten weitergegeben werden.

IV. Kündigungsrecht (Abs. 2)

Dem Pflegebedürftigen steht nach Abs. 2 S. 2 ein nicht fristgebundenes Kündigungsrecht zu. Dies entspricht § 627 BGB, da es sich bei den im Rahmen eines ambulanten Pflegevertrages erbrachten Leistungen um **Dienste höherer Art** iSd Vorschrift handelt (BGH 9.6.2011 – III ZR 203/10, BGHZ 190, 80 = NJW 2011, 2955). Eine individualvertragliche Vereinbarung einer längeren Kündigungsfrist ist zwar grundsätzlich möglich. In den üblicherweise seitens der Pflegedienste verwendeten Formularverträgen ist das sofortige Kündigungsrecht jedoch nicht abding- oder änderbar, da dies nach der Rechtsprechung des BGH (9.6.2011 – III ZR 203/10, BGHZ 190, 80 = NJW 2011, 2955) gegen AGB-Recht (§ 307 Abs. 2 BGB) verstößt. Für die Kündigung durch den ambulanten Pflegedienst gilt § 627 Abs. 2 BGB, wonach eine Kündigung zur Unzeit grundsätzlich unzulässig ist.

V. Vertragsinhalte (Abs. 3)

S. 1 hält fest, dass ein Pflegevertrag mindestens **Art, Inhalt und Umfang** der Leistungen sowie die Vergütungen gem. § 89 beschreiben muss. Zulässige Inhalte sind die in § 36 beschriebenen Leistungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Diese Vorgabe wird konkretisiert durch die **Leistungen und Leistungskomplexe**, die in den Landesrahmenverträgen über ambulante Pflegeleistungen nach § 75 Abs. 1 S. 1 vereinbart werden. Seit dem DVPfMG sind auch die ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gem. § 39a aufzunehmen. Der Pflegevertrag unterliegt bei Verwendung von Formulklauseln einer **AGB-Kontrolle** gem. §§ 305 ff. BGB (vgl. ausführlich mit Beispielen Ziegler GuP

2012, 21 ff.). Unzulässig ist in AGB zB ein einseitiges Recht des Pflegedienstes zum Wechsel des angewandten Vergütungsmodells, falls durch den jeweiligen Landesrahmenvertrag mehrere Alternativen zur Verfügung gestellt werden sollten (Kaeding NJW 2018, 1430 (1434)).

7 Nicht in der Praxis umgesetzt wurde die mit dem PNG zum 1.1.2013 in Abs. 3 eingeführte Verpflichtung der Pflegedienste, dem Versicherten **mehrere Vergütungsmodelle** zur Wahl zu stellen. Es fehlte bei Inkrafttreten weitgehend an den hierfür erforderlichen alternativen Vereinbarungen, deren parallelen Abschluss § 89 vorsah. Bereits zum 1.1.2015 wurde das Wahlrecht wieder abgeschafft (eingehend zu den Schwierigkeiten der Vorschrift Kraher/Plantholtz SRa 2013, 137 ff.).

8 Abs. 3 S. 2 verpflichtet Pflegedienste, den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung über die **voraussichtlichen Kosten** zu unterrichten. Eine wesentliche Änderung ist anzunehmen, wenn sich die Pflegestufe oder die Vereinbarung gem. § 89 ändert (vgl. BT-Drs. 17/9369, 51, zur insoweit gleichlautenden Fassung des S. 2 idF des PNG bis 31.12.2014). Die Unterrichtung muss grundsätzlich („in der Regel“) schriftlich erfolgen. Eine nur mündliche Belehrung kann im Einzelfall ausreichend sein, wenn eine sofortige Aufnahme der Pflegetätigkeit zwingend erforderlich ist; eine derartige Situation kann sich zB ergeben, wenn nach einem stationären Aufenthalt nahtlos eine pflegerische Betreuung notwendig ist. Die Durchführung zumindest einer mündlichen Information des Pflegebedürftigen über die Kosten vor Einsatzbeginn sollte zweckmäßigerweise vom Pflegedienst dokumentiert werden.

8a Nach Abs. 3 S. 3 und 4 sind die Inanspruchnahme mehrerer Leistungserbringer und die (vom Pflegebedürftigen) bereitgestellten Informationen über die Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags in Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Pflegevertrag zu „**berücksichtigen**“. Die Vorschriften sind ohne Kenntnis ihrer Materialien kaum zu verstehen. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers soll der Pflegedienst erfragen, ob und in welchem Umfang der Pflegebedürftige weitere Leistungserbringer (S. 3) bzw. Angebote zur Unterstützung im Alltag (S. 4) zusätzlich nutzen will (BT-Drs. 19/6337, 155). Für den Versicherten soll transparent dargelegt werden, in welcher Höhe der Sachleistungsanspruch bei Abschluss des Pflegevertrages monatlich noch zur Verfügung steht und ein unbeabsichtigtes Überschreiten des maximalen Sachleistungsanspruches durch die Nutzung weiterer Anbieter und die Umwandlung des Sachleistungsbetrages verhindert werden. Es handelt sich demnach nicht um eine Erweiterung der zwingenden Inhalte des Pflegevertrages, sondern um **vor- bzw. nebenvertragliche Erkundigungs- und Hinweispflichten** für den Pflegedienst, die sich auf den im Pflegevertrag vereinbarten Leistungsumfang auswirken können. Diese Koordination mehrerer Anbieter/Angebote hätte sachgerecht eher im Bereich der Pflegeberatung gem. § 7a geregelt werden sollen. Die Verpflichtung entfaltet zudem nur punktuelle Wirkung. Sie besteht nur bei Abschluss und Änderung des Pflegevertrages, unabhängig davon entstehende Bedarfsänderungen lösen sie nicht aus.

VI. Vergütungsanspruch (Abs. 4)

9 Nach Abs. 4 S. 1 ist grundsätzlich – einen entsprechenden Leistungsanspruch des Versicherten vorausgesetzt – die Pflegekasse Schuldnerin des Vergütungsanspruchs aus dem Pflegevertrag sowie der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gem. § 39a. Da sich dies bereits aus dem Sicherstellungsauftrag iVm der Vergütungsvereinbarung gem. §§ 69, 89 ergibt, hat die Vorschrift **nur klarstellende Wirkung**. Sie soll verdeutlichen, dass der Leistungsempfänger nicht Schuldner des Anspruches auf Vergütung wird, auch wenn er den Dienstvertrag mit dem Leistungserbringer geschlossen hat. Anders ist dies,

wenn die ambulanten Pflegeleistungen nach dem SGB XII erbracht werden. Der Leistungsempfänger bleibt dann Schuldner der Vergütung aus dem Pflegevertrag. Durch **Schuldbeitritt** des Sozialhilfeträgers haften beide als Gesamtschuldner des Vergütungsanspruches aus dem Pflegevertrag (BGH 7.5.2015 – III ZR 304/14, NJW 2015, 3782; BSG 18.3.2014 – B 8 SF 2/13 R, NJOZ 2014, 1439).

Eine gesonderte Abrechnung gegenüber dem Pflegebedürftigen ist nur zulässig, 10
soweit der Pflegebedürftige mehr als die von der Pflegekasse bewilligten Leistungen nach dem SGB XI in Anspruch nimmt. Abs. 4 S. 2 begrenzt auch deren Abrechnung der Höhe nach **auf die nach § 89 mit den Trägern vereinbarten Sätze**. Wegen der umfassenden Bindung des Pflegedienstes an die Vergütungen gem. § 89 erscheinen Klauseln AGB-rechtlich unproblematisch, die nur kurze Ankündigungsfristen für Entgelterhöhungen enthalten (ebenso OLG Stuttgart 31.7.2008 – 2 U 17/08, SRa 2010, 228 = BeckRS 2011, 4225; weitergehend Ziegler GuP 2012, 21 ff.). Der nach Abs. 4 S. 2 zulässige Vergütungsanspruch gegen den Versicherten erlischt, wenn die über die Sachleistung hinausgehende Pflege nicht durch qualifiziertes Pflegepersonal erbracht wird. Der BGH (8.10.2015 – III ZR 93/15, GesR 2015, 752 = KrV 2015, 25 = BeckRS 2015, 17901) bejaht die Anwendung dieser „formalen Betrachtungsweise“ bei einem rein zivilrechtlich geschlossenen Pflegevertrag, der auf das SGB V verweist. Dies gilt erst recht bei einem Vertrag gem. § 120, in dessen Rahmen die Sachleistung überschreitende Pflege erbracht wird. Bei Kosten-erstattung gilt § 91.

Zwölftes Kapitel. Bußgeldvorschrift

§ 121 Bußgeldvorschrift

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig
1. der Verpflichtung zum Abschluß oder zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 23 Abs. 1 Satz 1 und 2 oder § 23 Abs. 4 oder der Verpflichtung zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 22 Abs. 1 Satz 2 nicht nachkommt,
 2. entgegen § 50 Abs. 1 Satz 1, § 51 Abs. 1 Satz 1 und 2, § 51 Abs. 3 oder entgegen Artikel 42 Abs. 4 Satz 1 oder 2 des Pflege-Versicherungsgesetzes eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
 3. entgegen § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder entgegen § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig mitteilt,
 4. entgegen § 50 Abs. 3 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,
 5. entgegen Artikel 42 Abs. 1 Satz 3 des Pflege-Versicherungsgesetzes den Leistungsumfang seines privaten Versicherungsvertrages nicht oder nicht rechtzeitig anpaßt,
 6. mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien zur privaten Pflegeversicherung in Verzug gerät,
 7. entgegen § 128 Absatz 1 Satz 4 die dort genannten Daten nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt.
- (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 2 500 Euro geahndet werden.
- (3) Für die von privaten Versicherungsunternehmen begangenen Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nummer 2 und 7 ist das Bundesamt für Soziale Sicherung die Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten.
- (4) ¹Die für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nummer 1 und 6 zuständige Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a oder Absatz 2 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten kann die zur Ermittlung des Sachverhalts erforderlichen Auskünfte, auch elektronisch und als elektronisches Dokument, bei den nach § 51 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 Meldepflichtigen einholen. ²Diese sollen bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. ³Sie sollen insbesondere ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. ⁴Eine weitergehende Pflicht, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere eine Pflicht zum persönlichen Erscheinen oder zur Aussage, besteht nur, soweit sie durch Rechtsvorschrift besonders vorgesehen ist.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Ordnungswidrigkeiten (Abs. 1)	3
1. Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages (Nr. 1)	4
2. Meldepflichten (Nr. 2)	5

	Rn.
3. Auskunfts- und Vorlagepflicht gem. § 50 Abs. 3 (Nr. 3 und 4) ...	6
4. Anpassung gem. Art. 42 PflegeVG (Nr. 5)	7
5. Prämienrückstände zur PVV (Nr. 6)	8
6. Meldungen gem. § 128 (Nr. 7)	10
IV. Verschulden, Rechtswidrigkeit und Verjährung	11
V. Zuständigkeiten	12
VI. Verfahren	15

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist als § 112 durch Art. 1 PflegeVG mWv 1.1.1995 eingeführt 1
worden. Die Fassung des RegE (§ 121 RegE, vgl. Begr. S. 155 f.) ist im AuS-
Ausschuss redaktionell geändert und um Abs. 1 Nr. 6 und Abs. 3 ergänzt worden
(zur Begr. vgl. BT-Drs. 12/5952, 50). Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 25
PQsG (vom 9.9.2001, BGBl. I 2320) mWv 1.1.2002 in § 121 überführt. Zuvor
war durch Art. 1 Nr. 32 des 1. SGB XI-ÄndG (vom 14.6.1996, BGBl. I 830) die
Zuständigkeit der örtlichen Pflegekassen für die Ordnungswidrigkeit nach Abs. 1
Nr. 1 und 6 in Abs. 3 aufgehoben worden, zu den Folgen → Rn. 13. Abs. 1 Nr. 7
und darauf bezugnehmend Abs. 3 wurden ergänzt durch Art. 1 Nr. 47 PNG (vom
23.10.2012, BGBl. I 2246) mWv 1.1.2013. Abs. 3 wurde mWv 1.1.2020 an die
geänderte Behördenbezeichnung durch Art. 39 Nr. 10 G zur Regelung des Sozialen
Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2652) angepasst. Abs. 4 wurde mWv
1.1.2017 durch Art. 1 Nr. 22 PSG III (vom 23.12.2016, BGBl. I 3191) angefügt.

II. Normzweck und Überblick

§ 121 sichert – wie § 307 SGB V für die GKV – die Umsetzung der Versiche- 2
rungspflicht in sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung dadurch
ab, dass bestimmte Pflichtverstöße als Ordnungswidrigkeit geahndet werden können.
Die in Abs. 1 Nr. 2–4 sanktionierten Verletzungen von Melde- und Auskunftspflich-
ten aus der sozialen Pflegeversicherung ergänzen die Ordnungswidrigkeitstatbe-
stände des § 111 SGB IV. Abs. 1 Nr. 1 und 5–7 richten sich gegen Pflichtverstöße
im Zusammenhang mit dem Abschluss und der Aufrechterhaltung von privaten
Pflegeversicherungsverträgen bzw. privaten Pflege-Zusatzversicherungen. Nach
Abs. 2 kann ein Bußgeld in Höhe von 2.500 EUR verhängt werden, bei leichtferti-
gem Handeln gem. § 17 Abs. 2 OWiG von maximal 1.250 EUR. Abs. 3 und 4
regeln Zuständigkeiten und Verfahren.

III. Ordnungswidrigkeiten (Abs. 1)

Die Ordnungswidrigkeitstatbestände in Abs. 1 treffen stets den jeweilig Verpflich- 3
teten, nicht aber Vertreter wie zB Betreuer (Deinert/Lütken BtPrax 2017, 130
(139)). Im Einzelnen enthält Abs. 1 folgende Tatbestände:

1. Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages (Nr. 1)

Nr. 1 beinhaltet das einzige Mittel im SGB XI zur Durchsetzung der Pflicht zum 4
Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages gem. § 23 bzw. zur Aufrecht-
erhaltung eines privaten Pflegeversicherungsvertragsverhältnisses nach § 22 Abs. 1
S. 2 (vgl. → § 51 Rn. 2). Erfasst sind die nach § 23 Abs. 1 und 4 versicherungspflich-
tigen Personengruppen. Hierzu gehören **Beihilfeberechtigte** iSd § 23 Abs. 3, die

bereits einen privaten Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen haben, da sie auch § 23 Abs. 1 S. 1 unterliegen. Hingegen ist der Personenkreis des § 23 Abs. 3 ohne privaten Krankenversicherungsvertrag von Nr. 1 nicht erfasst. Ein Grund für die Unterscheidung ist nicht ersichtlich. Die Vorschrift ist verfassungsgemäß, da die Einhaltung der Ge- und Verbote des sozialen Netzes der Daseinsvorsorge auch durch Ordnungswidrigkeitenrecht gesichert werden kann (KG 8.9.2000 – 2 Ss 220/99 Rn. 12).

2. Meldepflichten (Nr. 2)

- 5 Nr. 2 sanktioniert Verletzungen der Meldepflichten durch den Versicherten nach § 50 Abs. 1 S. 1 und der privaten Versicherungsunternehmen nach § 51 Abs. 1 S. 1 und 2 bzw. Abs. 3 sowie Art. 42 Abs. 4 S. 1 und 2 PflegeVG. Letztgenannte Ordnungswidrigkeiten nach sind gem. § 31 Abs. 1 Nr. 3 OWiG verjährt.

3. Auskunfts- und Vorlagepflicht gem. § 50 Abs. 3 (Nr. 3 und 4)

- 6 Nr. 3 und 4 ermöglichen die Ahndung von Verletzungen der Auskunfts- und Vorlagepflichten durch die nach § 50 Abs. 3 Verpflichteten, dh Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind oder als Versicherte in Betracht kommen. Die Ordnungswidrigkeit ist in den Fällen der Nr. 3 Fall 1 und Nr. 4 gegeben, wenn dem Verlangen der Pflegekasse nicht binnen einer angemessen gesetzten Frist vollständig nachgekommen wird (vgl. § 50 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 und S. 2). Der Tatbestand der Nr. 3 Alt. 2 ist hingegen bereits erfüllt, wenn ein schuldhaftes Zögern (§ 121 BGB) des Versicherten bei der Informationsübermittlung vorliegt.

4. Anpassung gem. Art. 42 PflegeVG (Nr. 5)

- 7 Ordnungswidrigkeiten gem. Nr. 5 sind nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 OWiG verjährt. Folge der Nichtanpassung unzureichender privater Pflegeversicherungsverträge nach Art. 42 Abs. 1 S. 3 PflegeVG war der automatische Eintritt in die soziale Pflegeversicherung gem. Art. 42 Abs. 6 PflegeVG zum 1.1.1996.

5. Prämienrückstände zur PVV (Nr. 6)

- 8 Nr. 6 sanktioniert einen Prämienrückstand von mindestens sechs Monatsprämien zur privaten Pflegepflichtversicherung. Es muss sich nicht um aufeinanderfolgende Monate handeln, entscheidend ist die **Gesamthöhe des Rückstandes**. Die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung sind verpflichtet, den säumigen Versicherten dem Bundesamt für Soziale Sicherung zu melden, § 51 Abs. 1 S. 2. Es handelt sich bei Nr. 6 um ein echtes Unterlassungsdelikt. Das Verschulden (dazu → Rn. 11) kann deshalb ausgeschlossen sein, wenn der Versicherte finanziell nicht in der Lage ist, die Prämien zu zahlen (LSG LSA 4.1.2012 – L 5 AS 455/11 B ER, BeckRS 2012, 67851; OLG Brandenburg 10.1.2022 – 1 OLG 53 Ss-OWi 554/21, BeckRS 2022, 734). Jedoch ist weiter zu prüfen, ob der Schuldvorwurf daran geknüpft werden muss, dass der Betroffene bewusst keinen Antrag auf Übernahme der Kosten beim Grundsicherungsträger (§ 26 SGB II) gestellt hat (OLG Braunschweig 3.9.2014 – 1 Ss OWiZ 1060/14, NStZ-RR 2014, 383, unter Rückgriff auf die *omissio libera in causa*).
- 9 Der Gesetzgeber erachtete die Sanktionierung von Prämienrückständen als Ordnungswidrigkeit ua für erforderlich, da den privaten Pflegeversicherungsunternehmen nicht die Verwaltungsvollstreckung zur Verfügung steht (BT-Drs. 12/5292, 50 zu § 121). Unberührt vom Ordnungswidrigkeiten-Verfahren bleibt jedoch die Möglichkeit, Prämien bei dem gem. § 51 Abs. 2 S. 2 SGG zuständigen SG (vgl. BSG 8.8.1996 – 3 BS 1/96, BSGE 79, 80 = SozR 3–1500 § 51 Nr. 19 = BeckRS 1996,

41207), ggf. mit vorherigem Mahnverfahren vor dem Amtsgericht gem. §§ 182a SGG, §§ 688 ff. ZPO, geltend zu machen.

6. Meldungen gem. § 128 (Nr. 7)

Nr. 7 definiert das Versäumnis der privaten Pflegeversicherungsunternehmen, zwischen 1.1. und 31.3. des auf ein Beitragsjahr folgenden Jahres, die Angaben gem. § 128 Abs. 1 S. 4 verspätet oder nicht vollständig an die zentrale Stelle zu übermitteln, als ordnungswidrig. Die Vorwerfbarkeit des Unterlassens muss besonders genau geprüft werden, wenn die Ordnungswidrigkeit auf eine Verletzung des konkretisierungsbedürftigen Rechtsbegriffes in § 128 Abs. 1 S. 4 Nr. 5 (weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Informationen) gestützt werden soll. 10

IV. Verschulden, Rechtswidrigkeit und Verjährung

§ 121 erstreckt die Ordnungswidrigkeit-Haftung auf Vorsatz und Leichtfertigkeit. 11
Vorsätzlich iSd Abs. 1 bedeutet, dass der Tatbestand mit Wissen und Wollen verwirklicht wurde, ein bedingter Vorsatz ist ausreichend. **Leichtfertigkeit** bezeichnet einen gesteigerten Grad der Fahrlässigkeit, etwa entsprechend der groben Fahrlässigkeit. Diese liegt vor, wenn nahe liegende Überlegungen nicht angestellt wurden, die jedem einleuchten müssen (KK-OWiG/Rengier OWiG § 10 Rn. 48–50). Zu Rechtfertigungsmöglichkeiten vgl. §§ 15, 16 OWiG. Die Verjährung beginnt, resultierend aus der Rechtsnatur als Dauerdelikt in der Form des echten Unterlassungsdelikts, erst mit dem Wegfall der Handlungspflicht, dh mit der Vornahme der Zahlung bzw. der Abgabe der Meldung (vgl. KG 13.9.2000 – 2 Ss 193/00, 5 Ws (B) 631/00, wistra 2001, 399). Die Verjährungsfrist beträgt gem. § 31 Abs. 2 Nr. 3 OWiG sowohl bei vorsätzlicher als auch leichtfertiger Begehung ein Jahr.

V. Zuständigkeiten

Abs. 3 weist die Verfolgung von Pflichtverletzungen der privaten Pflegeversicherungsunternehmen nach Abs. 1 Nr. 2 Fall 2 und 3 sowie Nr. 7 dem **Bundesamt für Soziale Sicherung** (seit 1.1.2020, zuvor: Bundesversicherungsamt) zu. Für die nicht durch Zeitablauf gegenstandslosen weiteren Tatbestände des § 121 gelten die Grundsätze des SGB IV: Die Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach Abs. 1 Nr. 2 Fall 1, Nr. 3 und 4 fällt in die **Zuständigkeit der Pflegekassen**, da sie gem. § 112 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV als Verwaltungsbehörden iSd § 36 Abs. 1 Nr. 1 OWiG festgelegt werden. 12

Für die Ordnungswidrigkeiten gem. Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 6 sind nach der rückwirkenden Aufhebung der Zuständigkeit der Pflegekassen (vgl. → Rn. 1) hingegen die obersten fachlichen Landesbehörden für das private Versicherungsgewerbe nach § 36 Abs. 1 Nr. 2a OWiG zuständig (BT-Drs. 13/3696, 17 zu Nr. 32, § 112). Die Länder haben hierzu zT Zuständigkeitsverordnungen erlassen. Diese grundsätzliche Zuweisung der Zuständigkeit wird durch den zum 1.1.2017 ergänzten Abs. 4 bestätigt. 13

Nach einem Einspruch gegen den Bußgeldbescheid (zur Statthaftigkeit § 67 OWiG) ist für das Verfahren gem. § 68 OWiG das **Amtsgericht** im Bezirk der zuständigen Behörde zuständig. Hiergegen ist die Rechtsbeschwerde zu dem Oberlandesgericht nach den Maßgaben der §§ 79 ff. OWiG statthaft; dieses entscheidet durch den Einzelrichter oder in der Besetzung mit drei Richtern, wenn dies zur Fortbildung des Rechts oder zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich ist (§ 80a Abs. 3 S. 1 OWiG). 14

VI. Verfahren

- 15 Im Rahmen des Ordnungswidrigkeitenverfahrens gilt nach § 47 Abs. 1 S. 1 OWiG das Opportunitätsprinzip. Die Verfolgungsbehörden sind danach schon im Grundsatz nicht zur Einleitung eines Bußgeldverfahrens oder zur Ahndung verpflichtet, sondern entscheiden nach pflichtgemäßem Ermessen. Dies gilt für sämtliche Verfahrensstadien und -formen (KK-OWiG/Mitsch OWiG § 47 Rn. 3).
- 16 Den zuständigen Behörden stehen dem Grunde nach die gleichen Beweismittel zur Verfügung wie der Staatsanwaltschaft (zu Ausnahmen § 46 Abs. 3–5 OWiG). Die Verfolgungsbehörde kann Zeugen und Sachverständige vernehmen oder vernehmen lassen, sie kann von allen öffentlichen Behörden Auskünfte verlangen, Beweismittel oder Einziehungsgegenstände in Verwahrung nehmen oder sonst sicherstellen, solange der Besitzer zur freiwilligen Herausgabe bereit ist (KK-OWiG/Lutz OWiG Vor §§ 53–64 Rn. 68). Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des Abs. 4 zum 1.1.2017 spezielle Regelungen für bestimmte Meldepflichtige getroffen. S. 1 der Vorschrift stellt klar, dass die jeweilige Verwaltungsbehörde von den Meldepflichtigen gem. § 51 die **für die Durchführung des Verfahrens notwendigen Auskünfte** einholen kann. Die Meldepflichtigen werden auf die Mitwirkung bei der Sachverhaltsermittlung verpflichtet (Abs. 4 S. 2), wobei sich die Verpflichtung ausschließlich auf die Angabe von Tatsachen und Beweismittel beschränkt (Abs. 4 S. 3). Anlass für die Regelung war, dass in der Praxis wesentliche Zusatzinformationen nicht oder nicht zeitnah von den Meldepflichtigen erlangt werden konnten (BT-Drs. 18/10510, 121). Das SGB XI normiert aber keine Verpflichtung zu persönlichem Erscheinen oder Aussageerstattung (Abs. 4 S. 4, vgl. § 21 Abs. 2 S. 3 SGB X). Die Übermittlung der Auskünfte kann in Anlehnung an § 21 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB X in elektronischer Form erfolgen, soweit eine sichere Verschlüsselung verwendet wird.

§ 122 (aufgehoben)

- 1 § 122 wurde durch Art. 2 Nr. 45a PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) mWv 1.1.2017 aufgehoben.
- 2 Abs. 1 und 2 beinhalteten Übergangsregelungen für Leistungen für Personen mit einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz im Zuge von Gesetzesänderungen 2002 und 2008. Diese Vorschriften sind entfallen. Die Besitzstandswahrung für den Wohngruppenzuschlag gem. § 38a idF des PNG ist aus Abs. 3 wortgleich in § 144 Abs. 1 übernommen worden.

Dreizehntes Kapitel. Befristete Modellvorhaben

§ 123 Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

(1) ¹Im Zeitraum von 2025 bis 2028 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr aus dem Ausgleichsfonds regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden vor Ort und im Quartier. ²Die Förderung dient insbesondere dazu,

1. die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern,
2. den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern,
3. die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen,
4. den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche Strukturen aufzubauen,
5. eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen,
6. Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren,
7. innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln oder
8. die Pflegeangebote untereinander digital zu vernetzen.

³Die Förderung nach Satz 1 erfolgt, wenn die Modellvorhaben auf der Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Vorschriften auch durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft gefördert werden. ⁴Sie erfolgt jeweils in gleicher Höhe wie die Förderung, die vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 60 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht werden kann. ⁵Die Förderung von Modellvorhaben durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Satz 1 setzt voraus, dass diese den Empfehlungen nach Absatz 3 entsprechen, und erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

(2) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit insgesamt 7 Prozent des in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördervolumens an der Förderung nach Absatz 1 Satz 1.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Ländern Empfehlungen, in denen festzulegen ist,

1. was die Ziele und der Inhalt der Förderung sind,
2. welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit die Förderung gewährt wird,
3. für welche Dauer die Förderung gewährt wird,
4. wie die Förderung durchgeführt wird,
5. nach welchem Verfahren die Fördermittel vergeben, ausbezahlt und abgewickelt werden,
6. welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel mit Zweck-

bindung genügen müssen, sowie wie im Einzelfall zu prüfen ist, ob die Nutzung von Mitteln und Möglichkeiten der Arbeitsförderung zweckentsprechend eingesetzt werden kann, und

7. wie die Zwischen- und Abschlussberichte der wissenschaftlichen Begleitung dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zugehen.

²Vor dem Beschluss der Empfehlungen müssen die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Landesverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen und ihrer Angehörigen, das Bundesamt für Soziale Sicherung sowie die oder der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege angehört werden. ³Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. ⁴Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 vorzulegen.

(4) ¹Die Modellvorhaben sind auf längstens vier Jahre zu befristen. ²Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann von den Regelungen des § 37 Absatz 3 bis 9, des Siebten und des Achten Kapitels abgewichen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele eines Modellvorhabens zwingend erforderlich ist.

(5) ¹Die nach Absatz 1 Satz 1 zur Verfügung stehenden Fördermittel werden nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. ²Die Auszahlung der Mittel für ein Modellvorhaben erfolgt, sobald für das Modellvorhaben eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt. ³Die Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen des jeweiligen Landes.

(6) ¹Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 überwiesen werden. ²Näheres über das Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Förderung und zur Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Entstehungsgeschichte	2
III. Ziele der Förderung, Anteilsfinanzierung	12
1. Ziele der Förderung (Abs. 1 S. 1 und 2)	12
a) Erleichterung der Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden (Abs. 1 S. 2 Nr. 1)	16
b) Verbesserung des Zugangs zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten (Abs. 1 S. 2 Nr. 2)	17
c) Positive Beeinflussung der Pflegeprävalenz (Abs. 1 S. 2 Nr. 3) .	18

	Rn.
d) Deckung des Fachkräftebedarfs sowie Aufbau ehrenamtlicher Strukturen (Abs. 1 S. 2 Nr. 4)	19
e) Unterstützung einer bedarfsgerechten Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes (Abs. 1 S. 2 Nr. 5)	20
f) Aufbau und Stabilisierung von Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements (Abs. 1 S. 2 Nr. 6)	21
g) Entwicklung innovativer Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität (Abs. 1 S. 2 Nr. 7)	22
h) Digitale Vernetzung der Pflegeangebote untereinander (Abs. 1 S. 2 Nr. 8)	23
2. Anteilsfinanzierung (Abs. 1 S. 3–5)	24
IV. Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen (Abs. 2)	26
V. Empfehlungen (Abs. 3)	27
VI. Laufzeit der Modellvorhaben; abweichende Regelungen (Abs. 4) ...	35
VII. Aufteilung der Fördermittel (Abs. 5)	39
VIII. Abwicklung der Förderung (Abs. 6)	40

I. Geltende Fassung

§ 123 ist mit dem **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG –** 1 vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023 neu normiert worden. Die mit dem Pflegestärkungsgesetz III 2016 eingeführte frühere Gesetzesfassung, die die Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen normierte, wurde mit dem PUEG gestrichen und durch die jetzige Formulierung ersetzt.

II. Normzweck und Entstehungsgeschichte

Die §§ 123, 124 ermöglichen zeitlich befristete, regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehende vor Ort und im Quartier. Während § 123 die Inhalte der Modellvorhaben regelt, bestimmt § 124 die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung. Die Vorschrift geht zurück auf einen Vorschlag der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Umlaufbeschluss 8/2022 vom 24.10.2022: Budget zum Auf- und Ausbau von kommunalen Strukturen in der Pflege – **Versorgungsweiterentwicklungsbudget**, nicht veröffentlicht). Kernidee des Versorgungsweiterentwicklungsbudgets war es, den Kommunen zu ermöglichen, befristete Vorhaben zur Versorgungsweiterentwicklung durchzuführen, die die regionalen Besonderheiten berücksichtigen und die sich für eine spätere Übertragung in eine flächendeckende Versorgungsstruktur in der Pflege im Zusammenwirken von Bund, Ländern, Pflegeversicherung und Kommunen eignen. Eine Verankerung als Modellvorhaben der Pflegeversicherung nach dem Vorbild des § 8 Abs. 3 unter alleiniger Regie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) war nicht vorgesehen. Stattdessen sollte über die Teilnahme der Kommunen, die Rahmenbedingungen und die Förderkriterien ein Beteiligungsgremium entscheiden, das sich aus BMG, Ländern, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung e.V., kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene und Spitzenverbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene zusammensetzt.

Das Ziel, die **Kommunen in der Pflege zu stärken**, weist die im Folgenden 3 aufbereitete deutlich längere Vorgeschichte auf, die als Hintergrund wichtig ist, um die jetzige Vorschrift richtig einzuordnen. Eine stärkere Rolle der Kommunen in

der Pflege wird in Deutschland **seit Jahren diskutiert**. Internationale Vergleiche und erfolgreiche Modellprojekte zeigen, dass die Versorgungsqualität und die Stärkung ambulanter Pflegesettings von einer starken Rolle der Kommunen positiv beeinflusst werden können. Die Kommunen, insbesondere die Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger der Sozialhilfe, leisten wichtige Beiträge zur Pflege und zur Pflegevermeidung. Für ältere und alte Menschen, Pflegebedürftige und/oder Menschen mit Behinderungen und ihre Familien erbringen sie umfangreiche Unterstützung, beginnend mit der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, über Beratungs- und Koordinierungstellen, familienentlastende und familienunterstützende Hilfen, das bürgerschaftliche Engagement, die kommunalen Krankenhäuser und den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die rechtliche Betreuung bis hin zur Gestaltung des Wohnumfelds und zur Nutzbarkeit des Öffentlichen Personennahverkehrs. Dem stehen im Bereich Pflege nur geringe Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber. Die Kommunen sind unzureichend in Planung, Beratung und Entscheidung eingebunden. Vielmehr wird durch die Proklamation der Versorgung pflegebedürftiger Menschen als „gesamgesellschaftliche Aufgabe“ in § 8 die Zuordnung konkreter Verantwortlichkeiten vermieden.

- 4 Die **Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK)** befasste sich wiederholt (zB 88. ASMK 2011, TOP 5.1; 91. ASMK 2014, TOP 5.4 und 5.9) mit den Anforderungen an eine „Pflege im Quartier“ und sprach sich dafür aus, die Rolle der Kommunen in der Pflege zu stärken. Dazu gehören aus Sicht der Länder insbesondere die Implementierung kleinräumiger, alltagsbezogener und nachhaltiger Pflegearrangements, flankiert von einem Mix niederschwelliger Beratungs-, Unterstützungs-, Entlastungs- und Hilfsangebote im Quartier (Sozialraumorientierung), eine systematische Vernetzung der Beratungs-, Unterstützungs- und Hilfsangebote in der Stadt und in ländlichen Räumen, der Ausbau des Case- und Care-Managements in der Pflege- und Wohnberatung und eine verbesserte Überleitung und Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zwischen stationärer Versorgung (Krankenhaus, Reha-Einrichtung, Kurzzeitpflegeeinrichtung) und ambulanter Versorgung in den eigenen vier Wänden.
- 5 Auch die **kommunalrechtliche Wissenschaft** diskutiert die Thematik. Der Deutsche Landkreistag widmete sein jährlich stattfindendes Professorengespräch bereits 2012 der kommunalen Verantwortung für Gesundheit und Pflege (Henneke, Kommunale Verantwortung für Gesundheit und Pflege, Schriften zum deutschen und europäischen Kommunalrecht, Band 43, 2012). Im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung verfasste Martin Burgi im Jahr 2013 ein viel beachtetes Gutachten „Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung“ (Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Band 15, 2013). Leitidee ist es, innerhalb der Felder Prävention, kurative Medizin, Rehabilitation und Pflege de lege lata und de lege ferenda Spielräume für kommunale und landesbezogene Gestaltungen zu öffnen. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe beschrieb gleichfalls im Jahr 2013 zusammen mit der Friedrich-Ebert-Stiftung im Positionspapier „Gute Pflege vor Ort – Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter“ ein Modell, das eine verbindliche Kooperation zwischen Pflegekassen und Kommunen ebenso vorsieht wie die Stärkung kommunaler Handlungsfähigkeit.
- 6 Und schließlich erhielt die **Siebte Altenberichtskommission** unter Leitung von Andreas Kruse den Auftrag, Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Seniorenpolitik in den Kommunen zu erarbeiten. In ihrem 2015 veröffentlichten Bericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ (BT-Drs. 18/10210) untersuchten die Sachverständigen, welche Beiträge die kommunale Politik und örtliche Gemeinschaften leisten können, um eine möglichst lange selbstständige Lebensführung älter werdender Menschen sowie ein aktives Altern in Selbst- und Mitverantwortung sicherzustellen. Der

„Sorge und Pflege“ ist ein eigenes Kapitel gewidmet, das wiederum eine Stärkung der Kommunen einfordert.

Die Forderung nach einer stärkeren kommunalen Verantwortung für die Pflege fand Eingang in den **Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode** des Deutschen Bundestages, allerdings nicht als konkreter Auftrag, sondern in Gestalt einer **Bund-Länder-Arbeitsgruppe** unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände, die 2014 ihre Arbeit aufnahm. Nach den genannten Voten der pflege- und kommunalpolitischen und -wissenschaftlichen Fachwelt wären eine starke kommunale Position in den Bereichen der Planung und Steuerung (strukturelle Ebene) und ein Case- und Care-Management in kommunaler Hand (individuelle Ebene) erforderlich. Treibende Kraft in diesem Sinne waren Länder und kommunale Spitzenverbände. Das BMG dagegen verhielt sich zurückhaltend bis abwehrend. Da in der Arbeitsgruppe ein Konsens gefunden werden musste, finden sich in den 2015 vorgelegten Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (Download unter <http://www.landkreistag.de/presseforum/pressemitteilungen/1660-12-5-2015-iii.html>) keine grundlegenden Vorschläge. Es handelte sich überwiegend um kleinteilige Punkte wie zB die stärkere Zusammenarbeit in bestimmten Gremien, ein verbesserter Informationsfluss oder die Verbesserung der Wissensbasis durch Forschungsprojekte. Auf dieser Grundlage entstand das **Pflegestärkungsgesetz III**, das in den essenziellen Bereichen der Planung, Steuerung und Leistung den Kommunen keine Kompetenzen gewährt. Vielmehr nahm es die Beratung in den Blick und ließ Kommunen in kleinen Bereichen als Leistungserbringer zu.

Die interessantesten Regelungen des PSG III in diesem Kontext fanden sich in den §§ 123, 124 aF, die **Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen** (sog. Modellkommunen Pflege). Obgleich es sich nur um bestfahrende Modellvorhaben handelte, also keine flächendeckende Umsetzung vorgesehen war, und das auch nur im Bereich Beratung, nicht in den Bereichen Planung, Steuerung oder Leistung, löste bereits der Entwurf der Regelungen heftige Diskussionen zwischen Pflegekassen und Kommunen aus. Der GKV-Spitzenverband positionierte sich klar ablehnend und forderte eine Streichung der Vorschriften. Bei den kommunalen Spitzenverbänden, die die Modelle ursprünglich befürwortet hatten, erweckte die Ausgestaltung der Regelungen den Eindruck, als seien die Modellvorhaben vom Gesetzgeber nicht wirklich gewollt. Die Modellkommunen Pflege gingen zwar auf einen Vorschlag zurück, den die kommunalen Spitzenverbände in die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege eingebracht hatten (Download unter <https://www.landkreistag.de/images/stories/themen/Senioren/150223%20BV%20Konkretisierter%20Vorschlag%20Rolle%20der%20Kommunen%20in%20der%20Pflege.pdf>). Die Ausgestaltung im PSG III war jedoch eine andere.

Der **Bundesrat** forderte sowohl im Gesetzgebungsverfahren zum PSG III als auch im vorausgegangenen Verfahren zum PSG II eine praktikablere und kommunalfreundlichere Ausgestaltung der Modellvorhaben und beschloss ausformulierte Änderungsvorschläge (zum PSG II: BR-Drs. 354/15, 7 ff.; zum PSG III: BR-Drs. 410/16, 40 ff.). Das BMG lehnte dies jedoch ab. Erst als die Länder ankündigten, ihre Zustimmung zum PSG III zu überdenken, stellte das BMG eine Änderung in Aussicht. Der Bundesrat forderte sodann parallel zu seiner Zustimmung zum PSG III in einer Entschließung die Bundesregierung auf, schnellstmöglich einen weiteren Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die vom Bundesrat vorgeschlagene Formulierung zu den Modellvorhaben in die seinerzeitigen §§ 123, 124 aF übernommen wird (BR-Drs. 720/16). Kurz nach Inkrafttreten des PSG III gab es daher bereits die erste Nachbesserung der §§ 123, 124 aF (BGBl. 2017 I 2757), allerdings wiederum nur in kleinen Punkten und keineswegs die Kritikpunkte von Ländern und Kommunen aufgreifend.

- 10 Die Entstehungsgeschichte und das Festhalten des Bundesgesetzgebers an einer **nicht praxistauglichen und für Kommunen nachteiligen Ausgestaltung** der §§ 123, 124 aF legten nahe, dass der Bund kein wirkliches Interesse an einer stärkeren Rolle der Kommunen in der Pflege hatte. Von den angedachten 60 Modellkommunen ist **keine einzige an den Start** gegangen. Lediglich das Land Baden-Württemberg hatte als einziges Land 2020 und 2021 drei Landkreise (Karlsruhe, Ludwigsburg und Tuttlingen) zwar als Modellkommunen zugelassen; es gelang jedoch nicht, unter Einbeziehung des BMG und des GKV-Spitzenverbandes mittels der Vorschriften der §§ 123 f. aF und der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes eine auskömmliche Finanzierung zu realisieren. Die Finanzierungsverhandlungen zogen sich über ein Jahr hin und endeten erfolglos, so dass die Modellkommunen nicht tätig werden konnten.
- 11 Insofern war es folgerichtig, dass mit dem **PUEG** die §§ 123, 124 aF gestrichen wurden. Dass die stattdessen aufgenommenen Vorschriften zu gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier zunächst im Referentenentwurf enthalten waren, im Regierungsentwurf sowie im wortgleichen Gesetzentwurf der Regierungsfractionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP (BT-Drs. 20/6544) sodann gestrichen wurden und erst auf Drängen der Länder im Gesetzgebungsverfahren (Stellungnahme des Bundesrates zum PUEG, BR-Drs. 165/23) über einen **Änderungsantrag** der Regierungsfractionen (BT-Drs. 20/6983) den Weg ins Gesetz fanden, nährt erneute **Zweifel, ob** auch diese Modellvorhaben vom Bund **wirklich gewünscht** sind. Die Länder hatten zudem ein Fördervolumen von 50 Mio. EUR vorgeschlagen, was auch so in den Referentenentwurf, der Gegenstand der Verbände- und Länderanhörung war, aufgenommen worden war. Nun ist ein reduziertes Fördervolumen von 30 Mio. EUR und eine von fünf auf vier Jahren verkürzte Laufzeit vorgesehen.

III. Ziele der Förderung, Anteilsfinanzierung

1. Ziele der Förderung (Abs. 1 S. 1 und 2)

- 12 Im Zeitraum von 2025 bis 2028 fördert der GKV-Spitzenverband mit einem Volumen von 30 Mio. EUR kalenderjährlich regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehende vor Ort und im Quartier. Finanziert werden die Fördermittel der Pflegeversicherung über eine Umschichtung nicht in Anspruch genommener Mittel des Förderprogramms zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.
- 13 Im Kontext mit der Formulierung „**vor Ort und im Quartier**“ bedeutet „**regionalspezifisch**“, dass es um Strukturvorhaben geht, die aus dem jeweiligen Sozialraum heraus entstehen, dessen Besonderheiten berücksichtigen und dessen Bedarf Rechnung tragen. Großstädte, Landkreise, mittlere und kleine Städte sowie Städte und Gemeinden in ländlichen Räumen weisen jeweils eigene Besonderheiten und Bedarfslagen auf, die es herauszuarbeiten und zu beachten gilt. Die Frage, welche Bedarfslagen der Pflegebedürftigen sowie ihrer An- und Zugehörigen vor Ort bestehen, kann am besten vor Ort beantwortet werden. Dementsprechend handelt es sich nicht um eine Strukturförderung, wie sie bei der Förderung von ehrenamtlich getragenen Unterstützungsleistungen nach § 45c vorgesehen ist. In den Empfehlungen (→ Rn. 27 ff.) ist zu regeln, wer ein Modellvorhaben durchführen kann und wie hierfür die Kommunen Verantwortung übernehmen. Entsprechend der Intention des Gesetzgebers ist davon auszugehen, dass die Modellvorhaben von den Kommunen durchgeführt werden. In den Empfehlungen ist insbesondere zu klären, wie es sich verhält, wenn etwa ein Landkreis und gleichzeitig einzelne seiner kreisange-

hören Städte oder Gemeinden unabhängig voneinander Modellvorhaben durchführen wollen.

Gleichzeitig ist eine Rückbindung der Vorhaben in die **regionale Infrastruktur** 14 notwendig, isoliert stehende Einzelmaßnahmen sind nicht zielführend. Im Ergebnis sollten die Vorhaben in eine regionale Strategie von wohnortnahen Beratungs- und Versorgungsstrukturen eingebettet sein.

Die Förderung dient „insbesondere“ den in Abs. 1 S. 2 genannten Zielen, damit 15 ist der **Katalog nicht abschließend**.

a) Erleichterung der Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden (Abs. 1 S. 2 Nr. 1). Ein Ansatz dazu kann etwa im Aufbau ganzheitlicher Beratungsstrukturen gesehen werden, wie sie bereits in der Vorgängerfassung des § 123 in den „Modellkommunen Pflege“ hätten erprobt werden sollen, um den Betroffenen eine Beratung zu Leistungen nach dem SGB XI, aber auch zu weiteren Sozialleistungen, die insbesondere in Verantwortung der Kommune erbracht werden, gewissermaßen „aus einer Hand“ zur Verfügung zu stellen. Aber auch Verbesserungen der Wohn- und Lebenssituation von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen, familienähnliche Lebens- und Wohnstrukturen, individuelle Lebensführung, die Beibehaltung vertrauter Alltagsroutinen können zusammengefasst als „Recht auf Normalität“ Gegenstand von entsprechenden Modellansätzen sein.

b) Verbesserung des Zugangs zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten (Abs. 1 S. 2 Nr. 2). Dazu ist etwa denkbar, eine Koordinations- und Anlaufstelle einzurichten, an die sich die Betroffenen wenden können und die im Sinne eines in Care-Management-Strukturen eingebetteten Case-Managements den Betroffenen passgenaue Pflege- und Unterstützungsangebote aufzeigt. Ein möglicher Ansatz kann eine Verzahnung verschiedener Angebote von unterschiedlichen Leistungsträgern und -bringern wie Pflegekassen, Pflegestützpunkten, Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen und ehrenamtlichen Angeboten mit kommunalen Angeboten und Diensten sein, um bessere Zugänge zu vorhandenen Hilfeleistungen zu schaffen und deren Transparenz zu erhöhen.

c) Positive Beeinflussung der Pflegeprävalenz (Abs. 1 S. 2 Nr. 3). Das Ziel, 18 **die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen**, kann durch Ansätze einer verbesserten Prävention und Vermeidung von Pflege, etwa in Gestalt von präventiven Hausbesuchen, verfolgt werden. Diese auf Vermeidung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit ausgerichteten aufsuchenden Hilfen in Form von frühzeitiger Information und Beratung in der häuslichen Umgebung der Betroffenen können hier eine Option darstellen, ggf. auch eingebunden in einen umfassenden Caring-Community-Ansatz im Sinne sorgender Gemeinschaften, die auf Werten der Demokratie und Teilhabe basieren. Hier können auch Überlegungen eine Rolle spielen, die Kommunen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung insgesamt zu stärken und ggf. in Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung einzubinden.

d) Deckung des Fachkräftebedarfs sowie Aufbau ehrenamtlicher Strukturen (Abs. 1 S. 2 Nr. 4). Den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche 19 Strukturen aufzubauen kann zum einen mit regionalen oder kommunalen Strategien zur Deckung des Fachkräftebedarfs verfolgt werden, die ggf. aus regionalen Ausschüssen iSd § 8a Abs. 3, zB kommunalen Pflegekonferenzen, heraus entstehen können. Denkbar sind aber genauso Bündnisse und Kooperationen zwischen den Akteuren der Langzeitpflege vor Ort mit dem Ziel, Synergien herzustellen. Zum anderen ist der Auf- und Ausbau ehrenamtlicher Strukturen erwähnt, die den Unterstützungsmix im Quartier vervollständigen. Ihm kommt angesichts der demografischen Entwicklung besonders im Hinblick auf die sog. Baby-Boomer-Jahrgänge erhebliche Bedeutung zu.

- 20 e) Unterstützung einer bedarfsgerechten Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes (Abs. 1 S. 2 Nr. 5).** Eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen, wird ebenfalls als mögliches Ziel benannt. Passgenaue und adressatengerechte Sozialplanung kann nur vor Ort, in den Kommunen, erfolgen. Die Kommune kennt einerseits die Bedarfe der Menschen vor Ort und andererseits die Angebots- und Trägerstruktur am besten. „Integrierte“ Sozialplanung ist als übergreifende gemeinsame Maßnahme zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse und sozialer Teilhabe zu verstehen. Sie ist damit deutlich mehr als bloße Pflegeplanung. Sie erfordert mindestens die Mitwirkung der Pflege- und Krankenkassen. Um Sozialplanung vor Ort im Sinne von Care-Management im Sozialraum (dh Vernetzung und Identifizierung von Versorgungslücken) effektiv zu gestalten, benötigen die Kommunen die für die Aufgaben einer datengestützten Infrastrukturplanung notwendigen Daten. Ein Modellvorhaben könnte sich daher mit dem Aufbau einer digitalen, datengestützten Infrastrukturplanung befassen. Ein weiterer Ansatz für ein Modellvorhaben im Bereich der Sozialplanung könnte sein, der Kommune verbindliche Mitgestaltungsmöglichkeiten beim Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 72 einzuräumen mit dem Ziel, die kommunale Planung nicht im Bereich der Unverbindlichkeit mit Empfehlungscharakter zu belassen und qualitative Ansätze bei der Infrastrukturgestaltung einzubinden.
- 21 f) Aufbau und Stabilisierung von Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements (Abs. 1 S. 2 Nr. 6).** Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren, kann durch den Auf- bzw. Ausbau entsprechender Netzwerke im Quartier bzw. Caring-Community-Ansätze im Sinne sorgender Gemeinschaften erreicht werden. Die Kommunen kennen die Bedürfnisse der Menschen vor Ort, aber auch die vorhandenen Angebotsstrukturen und Akteure am besten. Daher sind sie am besten in der Lage, einen an den Bedarfen orientierten Unterstützungs- und Versorgungsmix und eine Kultur der Sorge und Mitverantwortung im Quartier zu etablieren.
- 22 g) Entwicklung innovativer Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität (Abs. 1 S. 2 Nr. 7).** Innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln, kann beispielsweise in Gestalt einer zielgerichteten Gewinnung, Aktivierung und Vernetzung sowohl ehrenamtlich als auch professionell Helfender und Leistungserbringender erfolgen. Eine Rolle können auch generationenübergreifende Maßnahmen etwa in Form der Mehrgenerationenhäuser spielen, um die gesellschaftliche Solidarität zu stärken. Letztlich ist Ziel die Stärkung der gesamten Zivilgesellschaft.
- 23 h) Digitale Vernetzung der Pflegeangebote untereinander (Abs. 1 S. 2 Nr. 8).** Betroffene sollen von Kooperationen bzw. dadurch entstehenden Synergieeffekten profitieren können und Angebote dadurch alleits bekannter werden. Dies kann durch geeignete regionale Plattformlösungen oder digitale Anwendungen erreicht werden.

2. Anteilsfinanzierung (Abs. 1 S. 3–5)

- 24** Die Anteilsfinanzierung im Rahmen der Förderung durch die soziale und private Pflegeversicherung setzt eine entsprechende **Förderung des Modellvorhabens durch Land oder/und Kommune** auf der Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Vorschriften voraus. Damit sind Regelungen im Staatshaushaltsplan bzw. der kommunalen Haushaltsplanung oder förderrechtliche Bestimmungen gemeint, mit denen Vorhaben, die dem Förderzweck dienen, unterstützt werden. Einer gesonderten landesrechtlichen Rechtsgrundlage für die Modellvorhaben bedarf es nicht. Die Förderung durch die Pflegeversicherung erfolgt in gleicher Höhe wie die Förde-

rung, die vom Land oder/und von der kommunalen Gebietskörperschaft geleistet wird. Damit soll ausweislich der Begründung des Änderungsantrags der Regierungsfractionen (BT-Drs. 20/6983) zum Ausdruck gebracht werden, dass die Modellvorhaben gemeinsam von den Kommunen bzw. den Ländern mit ihrer Kompetenz für Daseinsvorsorge und der Pflegeversicherung mit ihrer Kompetenz der Sozialversicherung getragen werden. Diese Regelung ist insoweit kritisch, als im Rahmen der Modellvorhaben auch Aufgaben übernommen werden können, die sich im Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung bewegen. In der Begründung des Änderungsantrags der Regierungsfractionen ist außerdem die Rede davon, dass die gemeinsame Finanzierung auch dazu beiträgt, möglichst nachhaltige Verbesserungen auf den Weg zu bringen. Diese Zielsetzung erscheint aber nicht ganz treffend, da die nachhaltige Implementierung und Überführung möglicher Ansätze in die Regelversorgung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung bewertet werden soll – mit der Folge möglicher gesetzlicher Anpassungen.

Im Ergebnis kann damit ein **Gesamtfördervolumen** von bis zu 60 Mio. EUR pro Kalenderjahr zur Verfügung stehen. Voraussetzung für die Förderung ist, dass die Umsetzung durch die Länder oder/und Kommunen in eigener Zuständigkeit den Empfehlungen nach Abs. 3 entspricht, die im Einvernehmen mit den Ländern als der stärksten Form der Verfahrensbeteiligung zu beschließen sind (→ Rn. 27 ff.). Die Förderung von Modellvorhaben durch den GKV-Spitzenverband erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem BMG. 25

IV. Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen (Abs. 2)

Abs. 2 regelt die finanzielle **Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen**, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an der Förderung der Modellvorhaben. Da die Modellvorhaben den geschilderten Zwecken dienen, sind sie entsprechend auch der privaten Pflege-Pflichtversicherung von Nutzen. Eine verbesserte Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, aber auch eine bessere Versorgung von Pflegebedürftigen wirkt sich auf die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung genauso positiv aus wie auf die soziale Pflegeversicherung. 26

V. Empfehlungen (Abs. 3)

Verantwortlich für die Erstellung von Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zum Verfahren zur Vergabe der Fördermittel ist der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Ländern. Abs. 3 sieht mit dem Einvernehmensefordernis als stärkster Form der Mitwirkung der Länder einen insoweit wesentlich stärkeren Hebel für die Einflussnahme der Länder vor als die Vorgängerversion des § 123, der den Ländern lediglich eine Zustimmungsmöglichkeit zu den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zuschrieb. Auch im Referentenentwurf des PUEG war zunächst ein bloßes Zustimmungsefordernis der Länder vorgesehen, das aber auf Intervention der Länder im Gesetzgebungsverfahren durch ein Einvernehmensefordernis ersetzt wurde. Dies ist auch deswegen unbedingt angezeigt, weil Länder bzw. kommunale Gebietskörperschaften die Modellvorhaben hälftig mitfinanzieren. 27

Der **ursprüngliche Vorschlag der Länder** war hingegen noch weitergehend. Die Länder hatten einstimmig eine Verankerung als Modellvorhaben der Pflegeversicherung unter der „Regie“ des GKV-Spitzenverbandes dem Grunde nach abgelehnt. In ihrem Vorschlag hatten sie stattdessen gefordert, dass über die Teilnahme der 28

kommunalen Gebietskörperschaften an den Modellvorhaben ein Beteiligungsgremium entscheidet, in dem das BMG, alle Länder, der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Spitzenverbände der Leistungserbringer auf Bundesebene vertreten sind. Diese Forderung resultierte aus den Erfahrungen der Länder und der Kommunen, die den Versuch unternommen hatten, eine „Modellkommune Pflege“ unter der Vorgängerversion des § 123 zu entwickeln (vgl. die Entstehungsgeschichte → Rn. 8 ff.). Die damaligen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes waren stark von der Sichtweise der Pflegekassen geprägt und sehr zentralistisch ausgerichtet. Hinzu kam, dass die Empfehlungen äußerst komplex und bürokratisch ausgestaltet waren, sodass am Ende alle Kommunen davon Abstand nahmen, Modellvorhaben nach der Vorgängerversion des § 123 zu initiieren. Die Länder wollten mit ihrem Ansatz verhindern, dass es zu „Modellkommunen II“ und damit abermals zu einem Scheitern von Modellvorhaben bzw. zum Leerlauf der Norm kommt.

- 29 Dem Vorschlag der Länder ist der Bundesgesetzgeber zwar insoweit nicht gefolgt, als diese eine Herauslösung der Strukturen für die Modellvorhaben aus dem Einflussbereich des GKV-Spitzenverbandes gefordert hatten. Aber mit der gemeinsamen Verantwortung des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Länder besteht nun die Möglichkeit für die Länder, die Empfehlungen gleichberechtigt mitzugestalten und die Interessen und Kompetenzen der Kommunen vor Ort, die die Modellvorhaben in ihrer Verantwortung durchführen und nach den jeweiligen Bedarfen vor Ort ausgestalten, zu berücksichtigen. Die Empfehlungen in gemeinsamer Verantwortung bieten damit eine reale Chance, die Bedingungen für die Modellvorhaben kommunalfreundlicher und die Entstehung innovativer Strukturen vor Ort befördernd auszugestalten. Dies erhöht letztlich auch die Wahrscheinlichkeit, dass aus den Modellvorhaben wegweisende Schlüsse für die zukünftige Ausgestaltung und Verzahnung von Versorgungsstrukturen gewonnen werden können.
- 30 Den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, die als untergesetzliche Regelungen regelmäßig keine unmittelbare Bindungswirkung, sondern nur **interne Wirkung** entfalten, kommt mit dieser Mitverantwortung der Länder für die Empfehlungen faktisch eine höhere Bindungswirkung zu.
- 31 In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welche Anforderungen für die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften **als Personal- oder Sachmittel** zu erfüllen sind. Dabei ist es ausweislich der Begründung des Änderungsantrags der Regierungsfractionen (BT-Drs. 20/6983) wichtig, wie die Mittel ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den Förderzweck zu erreichen. Ebenfalls ist festzulegen, wie im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der genannten Zwecke Mittel und **Möglichkeiten der Arbeitsförderung** genutzt werden können.
- 32 **Vor dem Beschluss der Empfehlungen** müssen die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Landesverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen und ihrer Angehörigen, das Bundesamt für Soziale Sicherung sowie die oder der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege angehört werden. Zu ihrem Vorbringen sollen die Beschlussfassenden nachvollziehbar Stellung nehmen. Ausweislich der Begründung des Änderungsantrags der Regierungsfractionen (BT-Drs. 20/6983) ist diese Stellungnahme dem BMG im Rahmen des Zustimmungsverfahrens zu den Empfehlungen mit zuzuleiten.
- 33 Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des BMG unter Beteiligung des BMFSFJ. Sie sind dem BMG **bis zum 30. Juni 2024 vorzulegen**. Aus kommunaler Sicht sind daher zwischen Inkrafttreten der Norm und der Veröffentlichung der

Empfehlungen keine Umsetzungsschritte notwendig. Gleichwohl kann diese Phase dazu genutzt werden, Konzeptideen für kommunale Modellvorhaben zu entwickeln.

Im Rahmen der Erarbeitung der Empfehlungen ist zu klären, welche einzelnen Verfahrensschritte aufeinander folgen. Insbesondere ist in den Empfehlungen sicherzustellen, dass die komplexe Finanzierung der Modellvorhaben keine unüberwindbare bürokratische Hürde für die Kommunen darstellt. Darüber hinaus müssen die Empfehlungen Klarheit darüber schaffen, in welchem Verhältnis die Förderzusage des jeweiligen Landes oder der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft nach seinen landesrechtlichen Vorschriften (Abs. 1 S. 3) zur Förderzusage des GKV-Spitzenverbandes steht, die ihm Einvernehmen mit dem BMG erfolgt (Abs. 1 S. 5).

VI. Laufzeit der Modellvorhaben; abweichende Regelungen (Abs. 4)

Die Modellvorhaben sind auf **längstens vier Jahre** zu beschränken.

Der Begründung des Änderungsantrags der Regierungsfractionen (BT-Drs. 20/6983) zufolge sind die Modellprojekte im Rahmen der Bewilligung der Förderung darauf hinzuweisen, dass eine Anschlussförderung aus Mitteln der Pflegeversicherung über vier Jahre hinaus nicht in Aussicht gestellt wird und eine Übernahme in die Regelversorgung nicht zugesagt werden kann. Im Rahmen der Förderung der Modellvorhaben können während der Laufzeit aber auch Möglichkeiten mit untersucht werden, wie sich das jeweilige Vorhaben nach Ablauf des Förderzeitraumes selbst tragen kann. Diese Hinweise in der Begründung verstehen sich eigentlich von selbst, da die Frage der Anschlussförderung bzw. Überführung in die Regelversorgung gerade eine Frage ist, die es im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung zu beantworten gilt. Die **Möglichkeit der Verstetigung guter Ansätze** vor Ort darf daher nicht von vornherein restriktiv beurteilt werden.

Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben **kann von den Regelungen des § 37 Abs. 3–9, des Siebten (§§ 69–81) und des Achten Kapitels (§§ 82–92b) abgewichen werden**, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Modellvorhabens zwingend erforderlich ist. Diese Regelung ist dem Umstand geschuldet, dass den Modellvorhaben auch die Möglichkeit eröffnet werden soll, dass bestimmte Leistungen in anderer Zuständigkeit bzw. Zuordnung zu bestimmten Leistungserbringern erbracht werden, etwa die Beratungsbesuche in der Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3. Den Modellvorhaben soll insoweit genügend Spielraum eingeräumt werden, **innovative** Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen in naher örtlicher Umgebung zu erproben, und zwar auch was die Art der Leistungserbringung anbelangt, die Finanzierung und Vergütung der Leistung, neue Gestaltungsformen und Verfahren sowie die Beziehung zu Leistungserbringern.

Die Abweichungen von den Regelungen müssen zwingend erforderlich sein, was ausweislich der Begründung des Änderungsantrags der Regierungsfractionen (BT-Drs. 20/6983) im Rahmen des Konzepts zu prüfen und darzulegen ist. Die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und ihr Wahlrecht (§ 2) sowie die Trägersvielfalt (§ 112 Abs. 1 und 2) sind zu berücksichtigen.

VII. Aufteilung der Fördermittel (Abs. 5)

Abs. 5 sieht für die Aufteilung der nach Abs. 1 S. 1 zur Verfügung stehenden Fördermittel den **Königsteiner Schlüssel** vor, um das Fördervolumen anteilig auf die Länder zu verteilen. Voraussetzung für die Auszahlung der Fördermittel für ein Modellvorhaben ist eine konkrete Förderzusage der anderen Hälfte der Finanzierung des Modellvorhabens durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft.

Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen des jeweiligen Landes. Das Verfahren zur **Übertragung von Fördermitteln in das Folgejahr** und der Information der Beteiligten über den verfügbaren Mittelbestand einschließlich des Zeitpunkts zur Feststellung des konkreten Betrags ist in den Empfehlungen nach Abs. 3 (→ Rn. 27 ff.) zu regeln.

VIII. Abwicklung der Förderung (Abs. 6)

- 40 Das Bundesamt für Soziale Sicherung, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. regeln durch eine Vereinbarung das **Verfahren der Auszahlung** der Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds und das Verfahren der Durchführung und Abwicklung der Förderung nebst Regelung des Abrechnungsverfahrens zur Förderung einschließlich Regeln zu etwaigen Rückforderungen sowie das Verfahren über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

§ 124 Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

(1) ¹Für jedes Modellvorhaben nach § 123 haben Modellträger eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. ²Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten.

(2) In der wissenschaftlichen Begleitung ist zu untersuchen, welche Folgen eine Übernahme in die flächendeckende Regelversorgung hätte, und insbesondere darzulegen,

1. welche personellen oder finanziellen Mittel dies jeweils erfordern würde und auf welche Weise diese personellen und finanziellen Mittel bereitgestellt oder erschlossen werden könnten,
2. welche Vor- oder Nachteile gegenüber der geltenden Rechtslage zu erwarten sind und
3. welche Rechtsgrundlagen für eine Umsetzung zu ändern oder zu schaffen wären.

(3) ¹In der wissenschaftlichen Begleitung sind Zwischenberichte und Abschlussberichte über die Ergebnisse der Auswertungen der Modellvorhaben zu erstellen. ²Die Zwischenberichte müssen vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens zur Hälfte der Laufzeit des Modellvorhabens dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden, die Abschlussberichte spätestens sechs Monate nach Ende des Modellvorhabens. ³Die Vorlage muss in barrierefreier Form erfolgen. ⁴Über die Veröffentlichung entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, mit den Ländern und mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

(4) Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben werden als Teil der Modellvorhaben entsprechend § 123 gefördert.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der einzelnen Modellvorhaben (Abs. 1)	3
IV. Zwingende Inhalte der wissenschaftlichen Begleitung (Abs. 2)	4
V. Zwischen- und Abschlussberichte, Kosten der wissenschaftlichen Begleitung (Abs. 3 und 4)	6

I. Geltende Fassung

§ 124 ist mit dem **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG** – 1 vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWv 1.10.2023 eingefügt worden. Die mit dem Pflegestärkungsgesetz III 2016 eingeführte frühere Gesetzesfassung, die die Befristung, den Widerruf und die wissenschaftliche Begleitung der in § 123 aF geregelten Modellvorhaben zur kommunalen Beratung bestimmte, wurde mit dem PUEG gestrichen und durch die jetzige Formulierung ersetzt.

II. Normzweck

Die Vorschrift bestimmt die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der in 2 § 123 normierten Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier. Zur Entstehungsgeschichte der Modellvorhaben wird auf → § 123 Rn. 2 ff. verwiesen.

III. Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der einzelnen Modellvorhaben (Abs. 1)

Für jedes Modellvorhaben ist eine nach anerkannten wissenschaftlichen Standards 3 durchzuführende Begleitung und Auswertung erforderlich, die insbesondere die Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Modellvorhaben analysiert und bewertet. Dabei soll vor allem ausgewertet werden, ob und inwiefern durch die Modellvorhaben die Situation der Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen sowie die Inanspruchnahme von Unterstützung vor Ort und im Quartier verbessert wird und mit welchem Ressourceneinsatz dies erreicht wird.

IV. Zwingende Inhalte der wissenschaftlichen Begleitung (Abs. 2)

Der wissenschaftlichen Begleitung der kommunalen Modellvorhaben kommt eine 4 herausragende Rolle zu, da in ihrem Rahmen zu untersuchen ist, **welche Folgen eine Übernahme in die flächendeckende Regelversorgung hätte**. Hierin ist die eigentliche Bedeutung der kommunalen Modellvorhaben zu sehen, die alle im Lichte einer möglichen flächendeckenden Verstetigung betrachtet werden müssen und nicht nur als regionale Projekte mit einer lediglich begrenzten Strahlkraft. Dementsprechend fordert Abs. 2, dass die innovativen Ansätze in den Modellvorhaben in der wissenschaftlichen Begleitung daraufhin untersucht werden, welche Folgen eine Übernahme in die flächendeckende Regelversorgung hätte. Die Begründung

des Änderungsantrags der Regierungsfractionen (BT-Drs. 20/6983) spricht davon, dass die Modellvorhaben darauf ausgerichtet sein müssen, dass innovative neue Lösungen in die Regelversorgung übertragen werden können und hierfür ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen oder nachvollziehbar erschlossen werden können. Damit wird den Modellvorhaben schon zu weit vorgegriffen: Dass ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen bzw. nachvollziehbar erschlossen werden, können die Modellvorhaben nicht von Beginn an leisten. Dies wird in den Empfehlungen nach § 123 Abs. 3 (→ § 123 Rn. 27 ff.) klarzustellen sein. Es kann sich aus einem Modellvorhaben auch ein sinnvoller Ansatz, der sich für die flächendeckende Übertragung eignet, ergeben, der derzeit noch nicht bzw. nur zum Teil ausfinanziert ist. Im Fall der Geeignetheit eines Ansatzes für die flächendeckende Übertragung ist es dann in Konsequenz der §§ 123, 124 **Aufgabe des Gesetzgebers**, die Finanzierung solcher Ansätze, die sich bewährt haben, zu gewährleisten.

- 5 In der wissenschaftlichen Begleitung ist unter anderem darzulegen, welche personellen oder finanziellen Mittel dies jeweils erfordern würde und auf welche Weise diese personellen und finanziellen Mittel bereitgestellt oder erschlossen werden können (Abs. 2 Nr. 1). Personelle Mittel sind dabei ausweislich der Begründung auch hinsichtlich der erforderlichen Qualifikation zu differenzieren, finanzielle Mittel auch hinsichtlich der Übernahme von Aufgaben der Pflegeversicherung und des Landes oder der Kommunen. Die Auswertung soll so konkret wie möglich erfolgen und Mittel jeweils realistisch sowie auch rechtskonform benennen. Darüber hinaus sind Vor- und Nachteile gegenüber der geltenden Rechtslage darzulegen (Abs. 2 Nr. 2). Außerdem ist der Frage nachzugehen, welche Rechtsgrundlagen für eine Umsetzung erforderlich sind (Abs. 2 Nr. 3).

V. Zwischen- und Abschlussberichte, Kosten der wissenschaftlichen Begleitung (Abs. 3 und 4)

- 6 Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung sind Zwischenberichte und Abschlussberichte über die Ergebnisse der Auswertung von Modellvorhaben zu erstellen; **Zwischenberichte** jeweils zur Hälfte der Projektdauerzeit, **Abschlussberichte** spätestens sechs Monate nach dem Ende des Modellvorhabens. Der GKV-Spitzenverband leitet diese Berichte dem BMG zu, das im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Ländern und dem GKV-Spitzenverband über eine Veröffentlichung entscheidet. Daneben muss auch ein prozessualer Weg gefunden werden für die Entscheidung, ob und wie einzelne Modellansätze, die sich bewährt haben, flächendeckend übertragen werden bzw. wie mit Modellvorhaben umgegangen werden soll, die der Gesetzgeber nicht flächendeckend übertragen will.
- 7 Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben werden als Teil der Modellvorhaben nach § 123 gefördert und sind somit in den jeweiligen Kosten- und Finanzierungsplänen der einzelnen Modellvorhaben zu berücksichtigen.

§ 125 Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur

¹Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zusätzlich 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2020 bis 2024 zur Verfügung gestellt. ²Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Maßnahmen in Abstim-

mung mit der Gesellschaft für Telematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu planen und durchzuführen sind.

Übersicht	
	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Rahmenbedingungen der Finanzierung	7

I. Geltende Fassung

Die Vorversion mit der Überschrift „Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste“ trat am 1.1.2013 in Kraft (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz v. 23.10.2012, BGBl. I 2246) und wurde mWv 11.5.2019 aufgehoben (Terminservice- und Versorgungsgesetz v. 6.5.2019, BGBl. I 2562). Die aktuelle Version trat am 19.12.2019 in Kraft (Digitale-Versorgungsgesetz v. 9.12.2019, BGBl. I 2562), der Erprobungszeitraum wurde im Jahr 2020 von 2022 auf 2024 verlängert (Patientendaten-Schutz-Gesetz v. 14.10.2020, BGBl. I 2115).

II. Normzweck

Die Vorschrift regelt die Erprobung der **Anbindung der Pflegeeinrichtungen** an die **Telematikinfrastruktur (TI)**. Der gesetzliche Auftrag, eine TI zur Digitalisierung im Gesundheitswesen aufzubauen, liegt bei der Gesellschaft für Telematik. Die TI soll künftig als die **zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation** nicht nur in der medizinischen Infrastruktur, sondern auch im Bereich der Pflege etabliert werden (Dittrich/Dochow SRa 2022, 49). Es soll unter wissenschaftlicher Begleitung ein „sektorenübergreifender Informationsaustausch auf digitalem Weg“ (BT-Drs. 19/13438, 77) etabliert werden.

Die Pflegeeinrichtungen sollen sich zunächst auf **freiwilliger Basis** anschließen. Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, die von der Möglichkeit zum Anschluss an die TI Gebrauch machen, sollen die Kosten erstattet bekommen. Mit der wissenschaftlich gestützten Erprobung soll die für diesen Prozess notwendige Einführung der neuen Technik, deren Betrieb und die Erarbeitung von Grundlagen für bundesweite Vereinbarungen und Standards unterstützt werden. § 125 regelt nur die Finanzierung der Erprobung; weitere Kosten, insbesondere die des laufenden Betriebs werden den Einrichtungen nach § 106b erstattet.

Es werden zwei Projekttypen unterschieden: **Projekttyp A** bezieht sich auf die Implementierung der Infrastrukturkomponenten und die Erprobung der **sicheren Kommunikation** im Medizinwesen (KIM), einem Übermittlungsverfahren für den vertraulichen Austausch von Dokumenten und Nachrichten zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Danach sollen auch weitere Anwendungen implementiert werden: Das Notfalldatenmanagement, der elektronische Medikationsplan, die elektronische Patientenakte und die elektronische Verordnung.

Projekttyp B geht darüber hinaus und erfasst die **Organisation von Prozessen**, die die sektorenübergreifende Versorgung verbessern können, bspw. die gemeinsame Arbeit von Leistungserbringern an einem einheitlichen digitalen Versorgungsplan der Pflegeberatung.

Seit Beginn des Modellprogramms haben 88 teilnehmende stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen erste Erfahrungen gesammelt.

III. Rahmenbedingungen der Finanzierung

- 7 Die wissenschaftlich gestützte Erprobung einer Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI wird mit 10 Mio. EUR aus dem **Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung** (§ 65) befristet bis 2024 finanziert. Der Gesamtförderzeitraum beträgt je nach Ausrichtung und Umfang des Projektes maximal drei Jahre. Das Verfahren zur Auszahlung der Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für soziale Sicherung durch Vereinbarung (§ 125 S. 2 iVm § 8 Abs. 3 S. 10).
- 8 Für die Förderung gilt § 8 Abs. 3 mit der Maßgabe, dass die Maßnahmen in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik und der kassenärztlichen Bundesvereinigung durchzuführen sind. Förderungsfähig sind alle Maßnahmen, die der Umsetzung der Ziele des Modellprogramms dienen, dabei sind sowohl Personal- als auch Sachkosten erfasst, Kosten für die technische Implementierung und Begleitung der Einbindung.

§ 125a Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

¹Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zehn Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt. ²Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Planung des Modellvorhabens im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Gesellschaft für Telematik erfolgt.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Rahmenbedingungen der Finanzierung	4

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift trat am 9.6.2021 in Kraft (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz, BGBl. I 1309). Satz 1 wurde mWv 1.7.2023 durch Gesetz v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) im Sinne einer Verlängerung der Förderung bis 2025 geändert.

II. Normzweck

- 2 Eine Herausforderung der Pflege besteht darin, die steigende Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen durch den ergänzenden Einsatz technischer Möglichkeiten zu decken. Die Regelung stellt Mittel zur Verfügung, um die Möglichkeiten der **Telepflege wissenschaftlich gestützt erproben** zu können.
- 3 Telepflege wird in einer Studie im Auftrag des BMG als Austausch von Informationen zwischen beruflich Pflegenden unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Rahmen des Pflegeprozesses mit den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, mit anderen beruflich Pflegenden und weiteren professionellen Akteuren definiert (abrufbar unter <https://www.bundesge>

sundheitsministerium.de/ fileadmin/ Dateien/ 5 _ Publikationen/ Pflege/ Berichte/ Endbericht_Potenziale_Telepflege.pdf, S. 35). Dieser Informationsaustausch erfolgt beispielsweise über Videokonferenzen und soll zur Entlastung insbesondere der ambulanten Pflege führen. Während bei der digitalen Pflegeanwendung (§§ 39a, 40a, 40b, 78a) die Softwareleistung im Vordergrund steht, bezieht sich die Telepflege auf **pflegerische Dienstleistungen** der beruflich Pflegenden (Dittrich/Dochow SRa 2022, 49). Das Modellvorhaben soll die Potentiale der Telepflege mit wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung erforschen. Dabei stehen die körperbezogene Selbstversorgung (zB Waschen, Nahrungsaufnahme, Mobilisation), der Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und die Teilnahme an sozialen Aktivitäten im Vordergrund (BT-Drs. 19/29384, 211). Auch sollen durch das Modellprogramm Grundlagen für bundesweite Vereinbarungen und Standards von Telepflege geschaffen werden.

III. Rahmenbedingungen der Finanzierung

Die wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung wird mit 10 Mio. EUR aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) ab 2022 befristet bis 2025 (Gesetz v. 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) finanziert.

Für die Förderung gilt § 8 Abs. 3 mit der Maßgabe, dass die Planung des Modellvorhabens (Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführungsmodalitäten) im Einvernehmen zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen, den Verbänden der Digitalwirtschaft und der Gesellschaft für Telematik stattfindet. Die Maßnahmen sind mit dem BMG abzustimmen (§ 125a S. 2 iVm § 8 Abs. 3 S. 8), das wiederum das BMAS informiert. Das Modellvorhaben wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet (§ 125a S. 2 iVm § 8 Abs. 3 S. 11).

§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

(1) ¹Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet. ²Die Aufgaben des Kompetenzzentrums umfassen:

1. regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege,
2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege, unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 78a,
3. Prüfung und Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung bei der Vermittlung von Plätzen und Angeboten im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege und Erarbeitung von Empfehlungen, und
4. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegenden und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen.

(2) ¹Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. ²Die

privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Satz 1 ergeben. ³Dieser Finanzierungsanteil kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegeerrat, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und, soweit vorhanden, mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. ⁵Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere bei der Umsetzung der Aufgaben nach Absatz 1 beteiligt werden, sofern diese einen Bezug zur Telematikinfrastruktur aufweisen. ⁶Ebenso ist die oder der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit ins Benehmen zu setzen, sofern datenschutzrechtliche Belange betroffen sind. ⁷Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 Satz 5, 8 und 12 entsprechend.

(3) Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige. ²Begleitung und Auswertung erfolgen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Arbeit des Kompetenzzentrums. ³Die unabhängigen Sachverständigen haben Berichte über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, erstmals zum 1. März 2024, einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

(5) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. ²Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, des Deutschen Pflegeerrates, der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für

die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Rahmenbedingungen der Finanzierung	6

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde zum 23.6.2023 durch das Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege v. 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWv 1.7.2023 eingeführt. 1

II. Normzweck

Die Feststellung des Gesetzgebers, dass die Chancen der Digitalisierung derzeit noch nicht optimal genutzt werden, führte zur Errichtung eines interdisziplinären Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege. Dieses soll die Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden identifizieren und verbreitern (BT-Drs. 20/6869, 2). Das Kompetenzzentrum soll dazu beitragen, digitale Lösungen zur Selbständigkeit, Selbstbestimmung, Teilhabe und Sicherheit sowie zur Verhinderung eines Eintritts bzw. einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit weiterzuentwickeln und zugänglicher zu machen. 2

Das Zentrum ist beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen angegliedert. Dies wird insoweit kritisiert, als die Aspekte der Pflege im Rahmen des SGB V nicht angemessen berücksichtigt werden könnten. 3

Bei der Bestimmung von Zielen, Inhalten und der Durchführung des Kompetenzzentrums sind viele Institutionen und Organisationen zu beteiligen: die Bundesministerien für Gesundheit sowie für Arbeit und Soziales, die Verbände der Pflegekassen, die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die kommunalen Spitzenverbände, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen, der Deutsche Pflegerat, die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sowie deren Pflegepersonen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene 4

(Abs. 2 S. 4). Zudem soll die Gesellschaft für Telematik aufgrund eventuell möglicher Schnittstellen zur Telematikinfrastruktur und ihrer Weiterentwicklung einbezogen werden (Abs. 2 S. 5).

- 5 Der Schwerpunkt der Arbeit des Kompetenzzentrums soll auf der Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale liegen, daneben sollen aber auch innovative Ideen überprüft, konkrete Handlungsempfehlungen und Lösungsangebote erarbeitet und der Wissenstransfer verbessert werden.

III. Rahmenbedingungen der Finanzierung

- 6 Für die Arbeit des nur befristet konzipierten Kompetenzzentrums werden im Zeitraum vom 2023–2027 insgesamt 10 Mio. EUR aus den Mitteln des Ausgleichsfonds (mit einer 7-Prozent-Beteiligung der privaten Pflegekassen) zur Verfügung gestellt (Abs. 2 S. 1 u. 2). Die Auszahlung wird durch eine Vereinbarung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen und des Bundesamts für Soziale Sicherung geregelt (Abs. 3).

Vierzehntes Kapitel. Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge

Vorbemerkungen zu §§ 126 bis 130

Übersicht

	Rn.
I. Sinn und Zweck ergänzender privater Pflegevorsorge	1
1. Ergänzung von sozialer Pflegeversicherung/privater Pflegepflichtversicherung	1
2. „Demographievorsorge“	2
II. Förderung durch staatliche Zulage	5
III. Rechtsverhältnisse der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV)	8

I. Sinn und Zweck ergänzender privater Pflegevorsorge

1. Ergänzung von sozialer Pflegeversicherung/privater Pflegepflichtversicherung

Soziale Pflegeversicherung und **private Pflegepflichtversicherung** gewährleisten bei Pflegebedürftigkeit eine Teilabsicherung. Über die Versicherungsleistungen hinausgehende Aufwendungen für die Versorgung des Pflegebedürftigen müssen aus sonstigen Einnahmen und ggf. Vermögen selbst getragen werden. Kinder sind ab einem Gesamteinkommen von 100.000 EUR (vgl. § 27h Abs. 1a BVG) im Hinblick auf Eigenanteile für ihre Eltern unterhaltspflichtig. Ungeachtet der zwischenzeitlich durchgeführten Leistungsanpassungen und -ausweitungen hat der Gesetzgeber für die soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung an dem Charakter der „**Teilkaskoversicherung**“ im Wesentlichen festgehalten. Trotz der anteiligen, mit dem Prinzip der Teilleistungsversicherung unvereinbaren Leistungszuschläge nach § 43c bei stationärer Pflege bleibt die Notwendigkeit, Entgelte für Investitionskosten, Unterbringung und Verpflegung als sog. Eigenanteil zu tragen. Fehlen ausreichende eigene Mittel, führt dies bei den einzelnen Versicherten zu einer **Vorsorgelücke** bzw. zu Bedarf nach eigener Pflegevorsorge. Der Bedarf kann durch eine spezifische und auf den „Grundschatz“ durch soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung zugeschnittene, ergänzende private Pflegeversicherung in Form der **Pflegekrankenversicherung** nach § 192 Abs. 6 VVG oder durch eine Pflegerentenversicherung als Form einer Lebensversicherung gedeckt werden. Sie erlauben es, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung/privaten Pflegepflichtversicherung aufzustocken und zu einer **umfassenden Absicherung** im Pflegefall auszubauen (Überblick zur privaten ergänzenden Pflegeversicherung bei Langheid/Wandt/Kalis VVG, 2. Aufl. 2016, VVG § 192 Rn. 219–222).

2. „Demographievorsorge“

Der Bedarf nach privater Pflegevorsorge ergibt sich für die **umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung** zudem aus der vielfach beschriebenen **demographischen Situation** der Bundesrepublik Deutschland. Nach der 15. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes werden im Jahr 2070 über 36 % der Bevölkerung älter als 67 Jahre, 56 % zwischen 20 und 67 Jahren und nur 19 % der

Bevölkerung jünger als 20 Jahre sein (Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2070, Ergebnisse der 15. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, 2022). Ursächlich für diese Entwicklung sind zum einen die kontinuierlich **steigende Lebenserwartung**, zum anderen eine **geringe Geburtenrate** in den ohnehin schwach besetzten Jahrgängen im gebärfähigen Alter. Demgemäß fordert der Wissenschaftliche Beirat beim BMWK die rasche Einführung einer verpflichtenden, ergänzenden kapitalgedeckten Zusatzversicherung (vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim BMWK, Nachhaltige Finanzierung von Pflegeleistungen, 2022, abrufbar unter www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ministerium/Veroeffentlichung-Wissenschaftlicher-Beirat/nachhaltige-finanzierungen-von-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile&v=1).

- 3 Die demographische Entwicklung zeitigt unmittelbare Auswirkungen auf die Einnahmen- und Ausgabensituation der Pflegeversicherung. **Pflegebedürftigkeit** ist stark **altersabhängig**. Über 20 % der heute 80–85-Jährigen sind pflegebedürftig, bei den 85–90-Jährigen sind es bereits 38 % und bei den über 90-Jährigen fast 58 % (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011, Januar 2013, 9). Aufgrund der steigenden Lebenserwartung werden immer mehr Menschen in pflegenahen Jahrgänge hineinwachsen. Die Bundesregierung prognostizierte im Zusammenhang mit der Einführung der §§ 126–130 durch das PNG einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen von ca. 2,4 Mio. im Jahr 2010 auf 4,5 Mio. Menschen im Jahr 2050 (Entwurf des PNG, BT-Drs. 17/9369, 32). Tatsächlich wurden bereits Ende 2021 ca. 5 Mio. Pflegebedürftige gezählt. Das statistische Bundesamt prognostiziert bis 2055 eine weitere Zunahme um 37 % auf dann 6,8 Mio. Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt, Pflegevorausberechnung, Pressemitteilung Nr. 124 vom 30.3.2023). Darüber hinaus wird aufgrund der **inhaltlichen Ausweitung und Differenzierung der Versorgung**, des sich abzeichnenden **Mangels an Pflegefachkräften** sowie der allgemeinen Kostensituation die Pflege selbst über die allgemeine Inflation hinaus teurer.
- 4 Unter diesen Prämissen erhöht sich für die soziale Pflegeversicherung und private Pflegeversicherung der Finanzbedarf. Im Rahmen der Umlagefinanzierung der sozialen Pflegeversicherung fehlt dabei eine systemgerechte Finanzierungsquelle, den steigenden Bedarf zu finanzieren. Im **Umlagesystem** der **sozialen Pflegeversicherung** erfolgt die Finanzierung durch nachwachsende Beitragszahler. Im Sinne einer rechtlich nicht gewährleisteten **Anwartschaft** erfolgt und rechtfertigt sich die Beitragsbelastung der Erwerbstätigen mit der Erwartung, dass im Alter eine ausreichende Anzahl von Beitragszahlern zur Verfügung steht, die dann die altersbedingt erhöhten Aufwendungen für die Versorgung der jetzigen Beitragszahler finanzieren. Doch angesichts der demographischen Situation kann der Gesetzgeber auf diese Erwartung nicht mehr setzen. Dies hat das BVerfG schon 1994 festgestellt: Der Gesetzgeber konnte schon zu diesem Zeitpunkt nicht mehr davon ausgehen, dass die beitragspflichtigen Versicherten in ihrer ganz überwiegenden Mehrheit neben der Beitragsleistung durch Aufziehen von Kindern zur nachhaltigen Stabilisierung und Finanzierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beitragen werden (BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1629/94, BVerfGE 103, 242 (268) = BeckRS 2001, 30172549). Das BVerfG hat den Gesetzgeber daher zur Vermeidung eines Verstoßes gegen den Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 GG iVm Art. 6 Abs. 2 GG verpflichtet, den **generativen Beitrag** der Erziehungsleistung in der Beitragsbemessung zu berücksichtigen (dazu Reuther FS Isensee, 2002, 435 (462)). Der Gesetzgeber hat dabei zwischen der Erziehungsleistung von Eltern mit einem oder mehreren Kindern zu differenzieren (BVerfG 7.4.2022 – 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16, 1 BvR 2824/17, BeckRS 2022, 11336); diese verfassungsrechtliche Vorgabe wurde durch das PUEG umgesetzt (→ § 55 Rn. 7 ff.). Die Alternative, finanzielle Vorsorge durch den **Aufbau von Rücklagen** im Sozialversicherungssystem zu treffen, wurde 1994 unterlassen. Das PSG sieht den Aufbau eines kapitalgedeckten Vorsorgefonds vor, um die Finanzierung der Pflege der kinderarmen

„Babyboomer“ abzusichern. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die für die Pflegeversicherung erforderliche Zugriffssichere Rücklagenbildung über mehrere Jahrzehnte in einem staatlichen System, das dem **Zugriff des Gesetzgebers** unterliegt, gewährleistet werden kann. Der bisherige Umgang mit Rücklagen für zukünftige Versorgungslasten bestätigt, dass kein ausreichender rechtlicher Schutz besteht (Exempel bei Reuther GuP 2012, 90 (92); auch → § 127 Rn. 18). Mit dem PUEG wurde die für den Aufbau der Rücklage systematisch notwendige Zuführung für das Jahr 2023 unter Inkaufnahme von Zinsverlusten in das Jahr 2024 verschoben, um kurzfristig eine Entlastung zu erzielen. Im Haushaltsgesetz 2024 werden weitere Zuführungen aufgeschoben. Die Funktionsweise der Kapitaldeckung wird damit außer Kraft gesetzt. Die angestrebte Entlastung bei Verrentung der sog. Babyboomer wird insoweit nicht erreicht werden können.

II. Förderung durch staatliche Zulage

Der Gesetzgeber hat den **Bedarf nach einer ergänzenden privaten Pflegevorsorge** im Rahmen der Beratungen des **PNG** aufgegriffen. Aufgrund der Empfehlung und des Berichts des Gesundheitsausschusses (BT-Drs. 17/10157; BT-Drs. 17/10170) hat der Gesetzgeber im neuen Dreizehnten Kapitel eine „Zulagenförderung der privaten Pflegeversicherung“ in das SGB XI eingefügt (Überblick: Schlegel jurisPR-SozR 3/2013). Aufgrund neu eingefügter Regelungen durch das PSG III vom 23.12.2016 (BGBl. I 3191) sind die Regelungen inhaltlich unverändert in das Vierzehnte Kapitel aufgerückt. Ziel der Regelungen ist es, alle in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Personen, die noch nicht pflegebedürftig sind, beim Aufbau einer ergänzenden, eigenständigen privaten Pflegevorsorge durch eine **staatliche Zulage** zu unterstützen. Die staatliche Förderung soll durch Gewährung einer Zulage einen wirksamen **Anreiz** zu zusätzlicher Pflegevorsorge schaffen. Ende 2022 haben rund 910.000 Personen von dieser Förderung Gebrauch gemacht; daneben bestanden ca. 3,26 Mio. nicht geförderte ergänzende Pflegeversicherungen. Die zeitweise erwogene steuerliche Begünstigung von Beiträgen zur Pflegeversicherung wurde im Gesetzgebungsverfahren aufgegeben. Die steuerliche Förderung über Freibeträge oder Abzugstatbestände begünstigt tendenziell Personen mit höherem verfügbarem Einkommen, die weniger auf Vorsorge angewiesen sind. Dies wäre unvereinbar mit der Zielsetzung der Förderung gewesen. Die Kombination von steuerlicher Förderung und Zulage wie bei der Riester-Rente ist verfahrensmäßig äußerst kompliziert und wurde deshalb verworfen. Allerdings finden sich in einzelnen Regelungen noch Restanten der Riester-Förderung (→ § 127 Rn. 25).

Die **Zulage** ist keine Versicherungsleistung der sozialen Pflegeversicherung/privaten Pflegepflichtversicherung, sondern eine **staatliche Leistung**. Die Höhe der Zulage wurde seit der Einführung nicht erhöht und verliert damit an Anreizwirkung.

Die Zulagenförderung begründet **keine Verpflichtung der Versicherungsunternehmen**, die geförderte ergänzende Pflegeversicherung anzubieten. Den Regelungen liegt die (erfüllte) **Erwartung** voraus, dass die Versicherungsunternehmen die geförderte ergänzende Pflegeversicherung anbieten und für dieses Angebot die Zulage in Anspruch genommen wird (zur Einführung Biederbick/Weber GSP 2013, 21 ff.). Wird das Angebot eingestellt, bleibt die **Förderung zugunsten des Bestands** bestehen (BT-Drs. 17/10170, 20).

III. Rechtsverhältnisse der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV)

Regelungsgegenstand des Vierzehnten Kapitels sind Art, Umfang, Voraussetzungen und Verfahren der Förderung. Das Vierzehnte Kapitel bestimmt als **öffentliches**

Leistungsrecht den Kreis der **zulageberechtigten Personen** und die **Fördervoraussetzungen** in Bezug auf die zulageberechtigte Person sowie in Bezug auf die Anforderungen an die geförderte private Pflegezusatzversicherung (GEPV). Ausnahme hierzu bildet § 129, der eine Sonderregelung zum VVG trifft (→ § 129 Rn. 2). Im Übrigen liegen die **versicherungsvertragsrechtlichen** und die **versicherungsaufsichtsrechtlichen Regelungen**, die das Verhältnis zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem VN sowie zwischen dem Versicherungsunternehmen und der Versicherungsaufsicht bestimmen, dem Vierzehnten Kapitel voraus und sind als sachnäher vorrangig.

- 9 Im **Versicherungsverhältnis** zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person gilt der **Versicherungsvertrag**, insbesondere die zu vereinbarenden brancheneinheitlichen **MB/GEPV 2022** (→ § 127 Rn. 36) und der **unternehmensindividuelle Tarifeil** der Bedingungen. Diese versicherungsvertragsrechtlichen Regelungen müssen vereinbar sein mit dem VVG und den durch das VVG inkorporierten Regelungen des VAG, insbesondere zur Prämienkalkulation sowie zur Beitrags- und Bedingungsanpassung (vgl. § 203 Abs. 1 VVG). Zum Nachteil des Versicherungsnehmers darf von zwingenden Vorschriften nicht abgewichen werden (§ 208 VVG). Für das **Förderverhältnis**, das die Gewährung der Zulage betrifft, sind die **Regelungen des 14. Kapitels** maßgeblich. Das Verfahren zur Erlangung der Zulage regelt ebenfalls das Vierzehnte Kapitel. Anspruchsinhaber der staatlichen Leistung ist zwar die zulageberechtigte Person. Sie wird aus dem **Zulageverfahren** jedoch weitgehend herausgehalten und durch das Versicherungsunternehmen vertreten. Die MB/GEPV enthalten daher nicht nur die typischen Regelungen eines privaten Versicherungsvertrages, sondern auch Regelungen, mit denen die Beachtung der Fördervoraussetzungen sichergestellt ist und die das Versicherungsunternehmen in die Lage versetzen, das Zulageverfahren zugunsten der Zulageberechtigten durchzuführen. Dies betrifft insbesondere Hinweispflichten des Versicherers und Informationspflichten.
- 10 Für Rechtsstreitigkeiten aus dem Versicherungsverhältnis, insbesondere wegen **streitiger Beitragsanpassungen**, verbleibt es wegen der Prägung durch die Normen des privaten Versicherungsrechts dabei, dass der **Rechtsweg** zu den Zivilgerichten eröffnet ist (BSG 12.1.2023 – B 12 SF 1/21 R, BeckRS 2023, 2129).

§ 126 Zulageberechtigte

¹Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. ²Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Persönliche Zulagevoraussetzungen	3
1. Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung/privaten Pflegeversicherung	3

	Rn.
2. Versicherung in geförderter ergänzender Pflegeversicherung	5
3. Kinder und Jugendliche	7
4. Leistungsbezieher der Pflegeversicherung	8
5. Zulageberechtigung und Versicherungsfähigkeit	11

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 49 des PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) eingefügt; sie ist am 1.1.2013 in Kraft getreten. Aufgrund von Art. 1 Nr. 48 des PSG II vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424 wurde in S. 2 der Verweis auf die „Leistungen nach § 123“ gestrichen.

II. Normzweck

Die Vorschrift bestimmt den Kreis der Personen, die **Anspruch auf** Gewährung einer **Pflegevorsorgezulage** haben. Darüber hinaus bestimmt die Vorschrift für den in S. 1 legaldefinierten **Kreis der zulageberechtigten Personen** weitere **persönliche Voraussetzungen** zur Erlangung der Zulage. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers (BT-Drs. 17/10170, 20) steht die Regelung in engem Zusammenhang mit dem Kontrahierungszwang nach § 127 Abs. 2: die zulageberechtigten Personen sind die Begünstigten des Kontrahierungszwanges (→ § 127 Rn. 19 f.).

III. Persönliche Zulagevoraussetzungen

1. Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung/privaten Pflegeversicherung

Zulageberechtigt sind Personen, die in der **sozialen Pflegeversicherung** oder **privaten Pflegepflichtversicherung** versichert sind. Die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung folgt der Absicherung in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Nach der gem. § 193 Abs. 3 S. 1 VVG für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland bestehenden Pflicht zur Krankenversicherung verfügt im Grundsatz die **gesamte Bevölkerung** über eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung oder in der GKV und infolgedessen auch in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung; sie ist damit im Grundsatz auch zulageberechtigt.

Die **Einbeziehung der in der privaten Pflegepflichtversicherung Versicherten** verdeutlicht, dass die geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV) nicht allein eine Ergänzung der sozialen Pflegeversicherung im Hinblick auf die angesichts des demographischen Wandels kritische Umlagefinanzierung anstrebt. Vielmehr soll durch die geförderte ergänzende Pflegeversicherung der Charakter der Teilabsicherung ausgeglichen werden und die Möglichkeit zu einer umfassenden Absicherung gegen das Pflegerisiko eröffnet werden. Die **geförderte ergänzende Pflegeversicherung ergänzt** daher auch die mit Altersrückstellungen kalkulierte private Pflegepflichtversicherung.

2. Versicherung in geförderter ergänzender Pflegeversicherung

Die Zulage setzt das Vorliegen einer **auf den Namen der zulageberechtigten Person** lautenden privaten Pflegezusatzversicherung voraus. Die Pflegekrankenversicherung kann nach § 193 Abs. 3 S. 1 VVG auf den Namen des Versicherungsneh-

mers als Vertragspartner und Beitragsschuldner oder auf den Namen von mitversicherten Personen genommen werden (zur Differenzierung Eigen- und Fremdversicherung mit Fallkonstellationen Boetius, Private Krankenversicherung: PKV, 2010, VVG § 193 Rn. 40 ff., 50 ff.). Die **mitversicherten Personen**, in der Praxis häufig Ehegatten und Kinder, sind damit **ebenfalls zulageberechtigt**. Dies bestätigt § 3 Abs. 1 S. 3 der PflvDV, der die Mitteilungspflichten des Versicherungsunternehmens für den Fall regelt, dass in einem Versicherungsvertrag mehrere Personen (mit-)versichert sind. Zulageberechtigt sind auch versicherte Personen eines **Gruppenversicherungsvertrages**, soweit die Anspruchsvoraussetzungen jeweils vorliegen (aA mit Bezug auf privatversicherungsrechtliche Gestaltungen ohne diese zu würdigen Hauck/Noftz/Fahlbusch Rn. 5).

- 6 Die Person muss versichert sein in einer nach Maßgabe von § 127 Abs. 2 förderfähigen ergänzenden Pflegeversicherung. Der **Versicherungsvertrag** muss **wirksam** sein. Die Pflegezusatzversicherung muss die **Fördervoraussetzungen** erfüllen.

3. Kinder und Jugendliche

- 7 Nicht zulageberechtigt sind **Kinder und Jugendliche** vor Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Altersgrenze liegt quer zum Recht auf **Kindernachversicherung gem. § 198 VVG**, das auch für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung gilt. In der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung versicherte Eltern mit Zulageberechtigung haben danach den Anspruch auf sog. Kindernachversicherung innerhalb von zwei Monaten nach Geburt bzw. Adoption. Über die Kindernachversicherung können daher auch Personen ohne Zulageberechtigung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung versichert werden. Voraussetzung ist, dass der **Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender** ist als der eines versicherten Elternteils. Vertraglich verankert ist die Kindernachversicherung in **§ 24 MB/GEPU 2022**. Dementsprechend werden auch in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung die Altersgruppen für Kinder und Jugendliche kalkuliert. Unbegründet ist daher der unklare Vorwurf, der Ausschluss der Kinder und Jugendlichen vermeide eine „risikofreundliche [?] Kalkulation“ (so aber Hauck/Noftz/Fahlbusch Rn. 6). Ab Vollendung des 18. Lebensjahres gelten für die über die Kindernachversicherung aufgenommenen Personen die allgemeinen Regelungen: die Versicherungsfähigkeit in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung setzt die Zulageberechtigung voraus. Eine **Ausnahme** besteht nur, wenn in diesem Zeitpunkt bereits **Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit** bezogen wurden und die Zulageberechtigung daher nicht mehr erlangt werden kann. Die geförderte ergänzende Pflegeversicherung besteht dann als nicht geförderte ergänzende Pflegeversicherung fort (§ 24 Abs. 4 MB/GEPU 2022); der Zulageanteil des Beitrags ist vom Versicherungsnehmer zu leisten.

4. Leistungsbezieher der Pflegeversicherung

- 8 Die Zulageberechtigung besteht nicht für Personen, die vor Abschluss der privaten Pflegezusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige **Leistungen** nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflegeversicherung **beziehen oder bezogen haben**.
- 9 Der Ausschluss korrespondiert dem Charakter der **geförderten ergänzenden Pflegeversicherung als privater Risikoversicherung** (BT-Drs. 17/10170, 21) und der Zielsetzung, Vorsorge zu fördern. Denn im Rahmen von privaten Versicherungsverträgen sind nur zukünftige **ungewisse Ereignisse** versicherbar (dazu Prölß/Martin/Armbrüster VVG § 1 Rn. 7 ff. mwN). Bei Personen mit aktuellem oder verganginem Leistungsbezug lag oder liegt Pflegebedürftigkeit bereits vor. Der Versicherungsfall ist bereits eingetreten. Diese Personen sind daher nicht risikoge-

recht versicherbar. Zudem steht bei diesen Personen die **Versorgung** einer bereits bestehenden Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Diese ist **nicht Gegenstand der Förderung** einer Vorsorge für zukünftige Pflegebedürftigkeit. Der Ausschluss der Pflegebedürftigen ist daher sachlich gerechtfertigt und mit dem allgemeinen Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar.

Zum Ausschluss führt der Bezug von Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem vierten Kapitel. Die Reichweite des Ausschlusses wird bestimmt durch den jeweils geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II ist der Ausschluss wegen des Bezugs von Leistungen allein wegen eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI aF entfallen, da die Leistung entfallen ist. Nach der mit dem BMG abgestimmten Praxis ist für den **Beginn des Leistungsbezugs** auf das Datum abzustellen, das der **Leistungsbescheid** der Pflegekasse bzw. die Leistungsmitteilung des privaten Versicherungsunternehmens für den Leistungsbeginn in der sozialen Pflegeversicherung bzw. privaten Pflegeversicherung nennt. Bei einer rückwirkenden Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit einem rückwirkenden Leistungsbezug kommt es infolgedessen auch zu einem rückwirkenden Wegfall von der Zulageberechtigung. Durch eine **herausgezögerte Antragstellung** bei tatsächlich bestehender Pflegebedürftigkeit kann die Zulageberechtigung nicht erhalten werden.

5. Zulageberechtigung und Versicherungsfähigkeit

Die Zulageberechtigung ist Voraussetzung für den Anspruch und den Erhalt der Zulage im Verhältnis zur zentralen Stelle. § 1 Abs. 1 MB/GEVP 2022 begründet die **Verknüpfung von Zulageberechtigung und Erhalt** der Zulage einerseits mit der **Versicherungsfähigkeit** in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung andererseits. Die Versicherungsfähigkeit ist eine personengebundene Eigenschaft des Versicherten, deren Wegfall zur Folge hat, dass der Versicherte bedingungsgemäß nicht mehr in diesem Tarif versichert bleiben kann (§ 12 Abs. 2 KVAV) und die **geförderte ergänzende Pflegeversicherung beendet** wird. Hintergrund der Verknüpfung von Zulageberechtigung und Versicherungsfähigkeit ist die besondere Risikostruktur der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung aufgrund des Kontrahierungszwangs nach § 127 Abs. 2 Nr. 2 (→ § 127 Rn. 19). Da die Zulage **nur für einen Vertrag** gewährt wird, besteht keine Versicherungsfähigkeit in anderen zulageberechtigten Verträgen (zur Mehrfachversicherung → § 128 Rn. 20). Entfällt die Zulageberechtigung, endet die Versicherung (§ 19 Abs. 3 S. 1 MB/GEVP 2022). Ausnahmen gelten lediglich für Kinder und Jugendliche, die über die Kinderversicherung gem. § 198 VVG in die geförderte ergänzende Pflegeversicherung aufgenommen werden, sowie für Personen, die die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf eine **Anwartschaftsversicherung** umgestellt haben (§ 26 Abs. 4 MB/GEVP 2022). Obwohl beide Personengruppen nicht über eine Zulageberechtigung verfügen, sind sie in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung versicherungsfähig.

Bei **Abschluss des Vertrages** hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der **Zulageberechtigung** vorliegen. Diese besondere Anzeigepflicht, die über die Anzeigepflicht nach § 19 VVG hinausgeht, ist erforderlich, da das Versicherungsunternehmen keine eigene Kenntnis über den Bestand der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung hat, wenn diese Versicherung nicht bei ihm besteht. Die **Bestätigung** erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist (§ 2a Abs. 1 MB/GEVP 2022). Jede **Änderung der Verhältnisse**, die zu einem Wegfall der Zulageberechtigung und damit zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere das **Ende der Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung/privaten Pflegepflichtversicherung**

rung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform **anzuzeigen**, wenn nicht eine einfachere Form vereinbart wurde (§ 2a Abs. 2 MB/GEPV 2022).

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

(1) ¹Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. ²Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. ³Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. ⁴Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) ¹Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung des Pflegegrades das Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß den §§ 18 bis 18c folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,
6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,
7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

²Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. ³Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die

förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. ⁴Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Regelungsgegenstand	2
III. Voraussetzungen und Fälligkeit des Zulageanspruchs (Abs. 2 und 3)	5
1. Zulageberechtigung	5
2. Eigenbeitrag	6
3. Fälligkeit des Anspruchs	12
IV. Förderfähigkeit der Versicherung (Abs. 2)	13
1. Bedeutung der Fördervoraussetzungen	13
2. Kalkulation nach Art der Lebensversicherung (Nr. 1)	15
3. Kontrahierungszwang (Nr. 2)	19
4. Kein ordentliches Kündigungsrecht und keine Risikoprüfung (Nr. 3)	21
5. Mindest- und Höchstleistung (Nr. 4)	24
6. Bindung an Feststellungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (Nr. 5)	28
7. Auf fünf Jahre begrenzte Wartezeit (Nr. 6)	29
8. Schutz hilfebedürftiger Personen (Nr. 7)	31
9. Begrenzung der Abschluss- und Verwaltungskosten (Nr. 8)	35
10. Verwendung der brancheneinheitlichen MB/GEPV	36
V. Beleihung des PKV-Verbands	39

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 49 des PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 1 2246) in das SGB XI eingefügt; sie ist am 1.1.2013 in Kraft getreten. Der Bezug auf das VAG in § 127 Abs. 1 Nr. 1 wurde durch Art. 2 Abs. 24 Nr. 2 des Gesetzes zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen vom 1.4.2015 (BGBl. I 434) redaktionell an eine geänderte Paragraphenzählung des VAG angepasst. § 127 Abs. 1 Nr. 4 und 5 wurden im Rahmen einer Folgeänderung durch Art. 1 Nr. 49 des PSG II vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die fünf Pflegegrade angepasst. Der Verweis in Abs. 2 Nr. 5 auf das Verfahren über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit wurde durch Art. 1 Nr. 46 des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWv 1.10.2023 auf die durch dieses Gesetz neustrukturierten Regelungen erweitert.

II. Normzweck und Regelungsgegenstand

In Bezug auf die **zulageberechtigten Personen** bestimmt Abs. 1 weitere 2 Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere den notwendigen **Eigenbeitrag** des Versi-

cherten. Im Zusammenspiel mit § 126 bildet Abs. 1 die Anspruchsgrundlage des Zulageberechtigten gegen die zentrale Stelle auf Pflegevorsorgezulage. Die Regelung soll sicherstellen, dass die abgesicherte Leistung ein gewisses **Mindestniveau** umfasst und staatliche **Förderung** und **Eigenleistung** in einem angemessenen Verhältnis stehen. Abs. 3 regelt die Fälligkeit des Zulageanspruchs.

- 3 Abs. 2 enthält **produktbezogene Anforderungen** der Förderfähigkeit. Die Regelung richtet sich an die Versicherungsunternehmen. Die Voraussetzungen zielen auf eine Ausgestaltung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, die es möglichst vielen Zulageberechtigten erlaubt, die Förderung durch Abschluss einer förderfähigen Pflegezusatzversicherung in Anspruch zu nehmen (BT-Drs. 17/10170, 20). Ein Teil der Förderbedingungen zielt jedoch nicht auf die Verbreitung, sondern auf das Absicherungsniveau (Nr. 4, 6), die **vereinfachte Durchführung** (Nr. 5), die Rücksichtnahme auf **soziale Schutzbedürftigkeit** (Nr. 7) sowie den Schutz vor überhöhten **Kosten** (Nr. 8) bei Versicherung in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung.
- 4 Die Vorschrift begründet eine **Beleihung des PKV-Verbandes** mit der Festlegung brancheneinheitlicher Vertragsmuster sowie mit der Möglichkeit, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten.

III. Voraussetzungen und Fälligkeit des Zulageanspruchs (Abs. 2 und 3)

1. Zulageberechtigung

- 5 Der **Zulageanspruch** setzt die persönliche **Zulageberechtigung** nach § 126 voraus.

2. Eigenbeitrag

- 6 Die Gewährung der Zulage soll einen wirksamen Anreiz zu zusätzlicher privater Pflegevorsorge schaffen. Die Gewährung der Zulage setzt daher einen **Eigenbeitrag von mindestens 10 EUR** monatlich im jeweiligen Beitragsjahr voraus. Die **Höhe der Zulage** beträgt monatlich **5 EUR**; sie ist nicht dynamisiert und verliert infolgedessen bei steigenden Beiträgen an Bedeutung. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nicht berücksichtigt. Versicherungsvertragsrechtlich setzt sich der Beitrag aus einem Eigenanteil von mindestens 10 EUR und der Zulage in Höhe von 5 EUR zusammen (§ 9 Abs. 1 S. 3 MB/GEPV 2022); er beträgt also mindestens 15 EUR. Der **Zulagenanteil** des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle an den Versicherer **gestundet** (§ 9 Abs. 1 S. 4 MB/GEPV 2017). Wird die Zulage gewährt, umfasst die finanzielle Eigenleistung des Versicherten daher mindestens 10 EUR monatlich. Erfolgt eine **Teilzahlung**, bleibt der Zulagenanspruch bestehen, solange der **Mindesteigenbeitrag** geleistet wird. Unberührt hiervon bleiben allerdings die versicherungsvertragsrechtlichen Regelungen bei Beitragsverzug, insbesondere das Recht zur Kündigung (§ 19 Abs. 4 MB/GEPV 2022 iVm §§ 37, 38 VVG).
- 7 Die Leistung des Eigenanteils erfolgt idR durch den Versicherungsnehmer, der vertragsrechtlich den Beitrag schuldet. Versicherungsnehmer und zulageberechtigter Person müssen nicht identisch sein (→ § 126 Rn. 5). Maßgeblich für den **Eigenanteil** ist nicht die wirtschaftliche Belastung, sondern die **Erfüllung des Beitragsanspruchs** zugunsten der zulageberechtigten Person. **Zahlungen Dritter**, die zugunsten des Zulageberechtigten erfolgen, gelten daher als Eigenanteil, wenn gem. § 362 Abs. 2 BGB Erfüllung eintritt. Die geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann daher auch durch den AG im Rahmen einer **echten Gruppenversicherung**

als sog. Betriebliche Pflegeversicherung zugunsten der AN als versicherte Personen abgeschlossen werden.

Bei Vertragsabschluss kann der erforderliche Monatsbeitrag von 15 EUR vereinbart werden. Nach Vertragsabschluss kann es aufgrund der versicherungsvertrags- und aufsichtsrechtlichen Vorgaben zu **Beitragserhöhungen** und **Beitragssenkungen** unter das Niveau des Mindestbeitrags kommen (§ 11 MB/GEVP 2022, § 203 Abs. 2 VVG). Auch aufgrund des Durchleitungsgebotes gem. § 48c VAG bei Vermittlung durch einen unabhängigen Honorarvermittler kann es vorübergehend zu einem rabattierten Beitrag unterhalb des Mindestbeitrags kommen. Zum **Erhalt der Förderfähigkeit** ist das Versicherungsunternehmen nach § 13 MB/GEVP 2022 in diesen Fällen berechtigt, das vereinbarte **Pflegemonats-** oder **Pflegetagegeld** entsprechend zu **erhöhen** und den Beitrag neu festzusetzen. Der Versicherungsnehmer kann der Änderung innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen mit der Folge, dass der Vertrag wegen Wegfalls der Zulageberechtigung mangels Eigenbeitrags und infolgedessen Wegfalls der Versicherungsfähigkeit beendet oder der durch den Honorarvermittler vermittelte Vertrag nicht abgeschlossen wird.

Der Eigenbeitrag ist **monatlich** zu leisten; die Zulage wird monatlich gewährt. Vertraglich kann eine **abweichende Zahlungsweise** (Jahreszahlung etc) vereinbart werden, solange der monatliche Eigenanteil von 10 EUR rechnerisch erreicht wird (→ Rn. 12).

Die Prämie und einschlussweise der Eigenbeitrag sind von der zulageberechtigten Person zugunsten einer auf ihren Namen lautenden förderfähigen geförderten ergänzenden Pflegeversicherung zu leisten. Der Anspruch setzt die **Verwendung der Zulage** und des Mindestbeitrags für den förderfähigen Tarif voraus. Das Versicherungsunternehmen darf die Zulage nur für den Beitrag der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung verwenden. Die Förderung ohne ausreichenden Eigenanteil und von nicht geförderten Produkten ist ausgeschlossen. Ist die **geförderte ergänzende Pflegeversicherung Teil eines Versicherungsvertrages** mit nicht förderfähigen Tarifen, ist bei einer Teilzahlung des Gesamtbeitrags eine Tilgungsbestimmung zugunsten der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung erforderlich, um die Leistung des Eigenanteils abzusichern.

Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur **für einen Versicherungsvertrag** gewährt. Bezogen auf den einzelnen Monat ist damit die Förderung einer **Mehrfachversicherung** ausgeschlossen. Die Mehrfachversicherung kann allerdings aufgelöst werden (dazu → § 128 Rn. 20).

3. Fälligkeit des Anspruchs

Der Anspruch auf Zulage entsteht mit **Ablauf des Kalenderjahres**, für das Beiträge für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung entrichtet worden sind. Auf den Zeitpunkt der Entrichtung innerhalb des entsprechenden Jahres kommt es nicht an. Der Anspruch entsteht auch bei einer nicht monatlichen Zahlungsweise oder wenn innerhalb des laufenden Kalenderjahres **rückwirkend Verträge** abgeschlossen und Beiträge gezahlt wurden.

IV. Förderfähigkeit der Versicherung (Abs. 2)

1. Bedeutung der Fördervoraussetzungen

Der Anspruch auf die Pflegevorsorgezulage setzt eine **Pflegezusatzversicherung** voraus, die den Vorgaben des § 127 Abs. 2 genügt. Die Vorschrift enthält die Vorgaben für das Versicherungsunternehmen an die Ausgestaltung und das Angebot der geförderten Produkte. In ihnen spiegelt sich die sozialpolitische Absicht wider, die der Gesetzgeber verfolgt: möglichst viele Personen sollen unterstützt werden, durch

eine Zulage privat vorzusorgen. Die Beachtung der Vorgaben wird weitgehend durch **Verwendung der brancheneinheitlichen MB/GEPV 2022** gewährleistet. Die MB/GEPV 2022 werden vom PKV-Verband als Beliehem festgesetzt und auch, soweit die Voraussetzungen für eine Bedingungsänderung in bestehenden Verträgen vorliegen (s. § 143 SGB XI; § 203 Abs. 3 VVG), geändert. Ihre Verwendung ist selbst Fördervoraussetzung. Die Beachtung der Fördervoraussetzungen obliegt dem Versicherungsunternehmen. Im Rahmen der Beantragung der Zulage bestätigt es das Vorliegen der Voraussetzungen (§ 128 Abs. 1 Nr. 7). Im Fall der Auszahlung einer Zulage besteht eine Haftung des Versicherungsunternehmens gegenüber dem Zulageempfänger für die Erfüllung der Voraussetzungen (§ 128 Abs. 4). Daneben besteht die allgemeine **Versicherungsaufsicht** durch die BaFin, ggf. in Form der Missstandsaufsicht (§ 298 VAG), über die Beachtung der Fördervoraussetzungen.

- 14 Die Fördervoraussetzungen betreffen den öffentlich-rechtlichen **Anspruch auf Zulage**, regeln aber nicht selbst das Versicherungsverhältnis. Das Versicherungsverhältnis bleibt zivilrechtlich geprägt (BSG 12.1.2023 – B 12 SF 1/21 R, BeckRS 2023, 2129). Aufgrund des abweichenden Gegenstandes handelt es sich bei den Regelungen über die Zulage um **keine lex specialis** iSd § 192 Abs. 6 S. 3 VVG. § 192 Abs. 6 S. 3 VVG gilt nur für die im SGB XI enthaltenen spezialgesetzlichen Regelungen zur privaten Pflegepflichtversicherung (BT-Drs. 16/3945, 110). Der Versicherungsnehmer kann sich daher im Verhältnis zum Versicherungsunternehmen nicht direkt auf die Fördervoraussetzungen berufen, sondern nur auf die vertraglichen Regelungen, die die Fördervoraussetzungen umsetzen. Die **Umsetzung im Versicherungsvertrag** muss dabei vereinbar sein mit den Regelungen des VVG und des VAG. Eine Verletzung der Fördervoraussetzungen führt nicht zur Unwirksamkeit des Vertrages wegen Verstoßes gegen eine gesetzliche Regelung, sondern zur **fehlenden Zulagefähigkeit** der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung.

2. Kalkulation nach Art der Lebensversicherung (Nr. 1)

- 15 Die Förderfähigkeit verlangt, dass die Zusatzversicherung nach Art der Lebensversicherung gem. § 146 Abs. 1 Nr. 1 und 2 VAG kalkuliert wird. Die Förderung setzt damit das **Kalkulationsmodell der privaten Krankenversicherung und privaten Pflegepflichtversicherung** voraus. Förderfähig sind daher **nur Pflegekrankenversicherungen** iSd § 192 Abs. 6 VVG, nicht aber Pflegerentenversicherungen als Sonderform der Lebensversicherung. Die Prämien sind auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invalidität und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Altersabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses zu berechnen. Einzelheiten ergeben sich aus der aufgrund von § 160 VAG erlassenen Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV), die aufgrund von § 148 VAG auch für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung gilt. Die **Berücksichtigung des Geschlechts** bei der Kalkulation der Prämie ist **ausgeschlossen** (vgl. § 33 Abs. 5 AGG).
- 16 Die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung erfordert die **Bildung einer Alterungsrückstellung** gem. § 341f HGB. Vorgeschieden ist damit das in der privaten Krankenversicherung und privaten Pflegeversicherung praktizierte **Anwartschaftsdeckungsverfahren**: Aufgrund der bei Vertragsabschluss bekannten Verhältnisse werden die erforderlichen Aufwendungen durch einen über den gesamten Vertragsverlauf im Grundsatz gleichmäßigen Beitrag finanziert. In jüngeren Jahren mit einem geringen Pflegebedürftigkeitsrisiko wird ein erhöhter Beitrag mit einem Sparanteil gezahlt, der verzinst und zum Aufbau einer **kollektiven Alte-**

rungsrückstellung genutzt wird, um die mit dem Alter steigenden Aufwendungen ohne Beitragsanpassung finanzieren zu können. Für das Versichertenkollektiv wird so über die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses trotz des mit dem Alter steigenden Pflegebedürftigkeitsrisikos ein konstanter Beitrag lebenslang gewährleistet, unter der Prämisse, dass alle übrigen Einflussfaktoren sich nicht ändern (eingehend Sodan KrankenVers-HdB/Sodan § 46 Rn. 1 ff., 5 ff. mwN). Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens oder der individuellen Verschlechterung des Gesundheitszustands der versicherten Person ist ausgeschlossen. Das aufsichtsrechtlich vorgegebene Kalkulationsprinzip ist vertraglich verankert in § 10 Abs. 2 MB/GEPV 2022.

Die Kalkulation nach **Art der Lebensversicherung** ist in besonderer Weise 17 geeignet, eine vom **demographischen Wandel** unabhängige ergänzende Pflegevorsorge zu gewährleisten (Biederbick/Weber GSP 2013, 21 (22 ff.)); grundsätzliche Gegenposition zum Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung/privaten Pflegeversicherung Jacobs/Rothgang GSP 2013, 24 ff.). Denn jede Gruppe gleich alter Versicherter in einer sog. Kohorte finanziert die im Alter erhöhten Aufwendungen wegen des Pflegerisikos selbst vor. Die Finanzierung ist daher nicht auf die Inanspruchnahme von zukünftigen Beitragszahlern angewiesen (BVerfG 3.4.2001 – 1 BvR 1681/94, BVerfGE 103, 271 (292) = BeckRS 2001, 30172557). Die Bildung von Alterungsrückstellungen erlaubt die Nutzung von **Zins und Zinseszinsseffekten**. Dies gilt insbesondere für die Pflegeversicherung wegen der hohen Altersabhängigkeit des Pflegerisikos. In den jüngeren Versichertenjahren ist der Sparanteil der Prämie demgemäß sehr hoch. Bei der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung wird dies rechtlich durch eine vertraglich vereinbarte **Überschussbeteiligung** (§ 12 MB/GEPV 2022), die die Verwendung der Zinserträge zugunsten der Versicherten absichert, und durch die **Anordnung eines eigenen Abrechnungsverbands**, mit dem sicher gestellt wird, dass Überschüsse aus der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung nur für die GEPV-Versicherten verwendet werden dürfen (vgl. § 160 Nr. 6 VAG, dazu Begr. des PNG, BT-Drs. 17/10170, 28), weiter unterstützt.

Darüber hinaus gewährleistet die Absicherung über privatrechtliche Versicherungsverträge nach Art der Lebensversicherung, dass das aufgebaute Kapital im Gegensatz zu Vorsorgerücklagen bei der öffentlichen Hand **verfassungsrechtlich starkem Schutz** unterliegt und insoweit auch über den in Betracht zu ziehenden Zeitraum von mehr als 30 Jahren **Zugriffssicherheit** besteht. Die Beteiligten am Versicherungsverhältnis sowie das Versicherungsverhältnis selbst genießen grundrechtlichen Schutz vor den Eingriffen des Gesetzgebers (dazu Reuther GuP 2012, 90 (92 ff.)). Schließlich unterliegt die Alterungsrückstellung selbst einem umfassenden verfassungsrechtlichen Schutz nach Art. 14 GG, der eine nachträgliche Umwidmung oder den Entzug der Mittel ausschließt (dazu Papier/Schröder VersR 2013, 1201 ff. mwN; Depenheuer FS Bethge, 2009, 301 ff. zur privaten Pflegepflichtversicherung). 18

3. Kontrahierungszwang (Nr. 2)

Nr. 2 sieht einen Kontrahierungszwang für die Anbieter der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung vor. Die Vorgabe kann innerhalb des Versicherungsvertrages nicht umgesetzt werden, da der Kontrahierungszwang auf den Abschluss des Vertrages zielt und nicht selbst Gegenstand des Vertrages ist. Die Fördervoraussetzung ist daher als **Verbot der Ablehnung des Vertragsabschlusses** gegenüber dem nach § 126 zulageberechtigten Personenkreis zu verstehen. Dies wird auch der Zielsetzung gerecht, möglichst vielen Personen die Förderung und den Zugang zur geförderten ergänzenden Pflegeversicherung zu eröffnen. Lehnt ein Versicherungsunternehmen zu Unrecht Berechtigte ab, droht der Verlust der Zulagefähigkeit des abgelehnten Tarifs. 19

- 20 Der Kontrahierungszwang gilt nicht gegenüber **Versicherten der sozialen Pflegeversicherung und privaten Pflegepflichtversicherung mit Wohnsitz im Ausland** im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (zu Wegzugsfällen nach Vertragsabschluss → § 128 Rn. 11). Der Geltungsbereich des SGB XI erstreckt sich nicht auf das Ausland. Darüber hinaus kann der Versicherer aufgrund von **Art. 7 Abs. 3 Rom I-VO** einen Versicherungsvertrag nach deutschem Recht, auf dessen Geltung die Fördervoraussetzungen zugeschnitten sind, nicht abschließen. Insoweit bleibt es beim Vorrang des Versicherungsvertrags und Aufsichtsrechts vor den Fördervoraussetzungen.

4. Kein ordentliches Kündigungsrecht und keine Risikoprüfung (Nr. 3)

- 21 Die Förderung setzt den **Verzicht** auf das **ordentliche Kündigungsrecht**, auf eine **Risikoprüfung** sowie auf die Vereinbarung von **Risikozuschlägen** und **Leistungsausschlüssen** voraus. Der Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht ist umgesetzt in § 18 Abs. 1 MB/GEPV 2022. Das **Recht zur außerordentlichen Kündigung**, insbesondere wegen Zahlungsverzugs (§ 38 VVG), bleibt hiervon unberührt (§ 18 Abs. 2 MB/GEPV 2022). Das weitergehende Kündigungsverbot nach § 206 Abs. 1 S. 1 VVG gilt nicht. Der Versicherungsnehmer hat das Recht zur ordentlichen Kündigung (§ 17 MB/GEPV 2022). Beim Wechsel des Versicherers besteht kein Anspruch auf einen Übertragungswert oder die Mitgabe der Alterungsrückstellung.
- 22 Die **Risikoprüfung** im Hinblick auf das individuelle Risiko der Pflegebedürftigkeit ist **ausgeschlossen**. Berücksichtigt wird allerdings das für das Pflegerisiko relevante Alter des Antragstellers als **Eintrittsalter** für die Prämienkalkulation. Die Fördervoraussetzung schließt eine auf das Individuum bezogene risikoadäquate Kalkulation der Beiträge aus. Insoweit durchbricht die Fördervoraussetzung die Kalkulationsprinzipien der privaten Krankenversicherung. Die erhöhten Risiken werden in jeder Altersgruppe durch den Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken kollektiviert. Ausgeschlossen sind mangels Zulageberechtigung allerdings Personen, die bereits Leistungen aus dem SGB XI oder der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben und daher nicht zulageberechtigt sind (→ § 126 Rn. 8 ff.).
- 23 Aufgrund der Regelungen kann sich das Versichertenkollektiv der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung grundlegend von dem risikogeprüften Versichertenkollektiv in den übrigen Pflegezusatzversicherungen unterscheiden. Der Versicherungsschutz in der **geförderten ergänzenden Pflegeversicherung** ist daher **nicht gleichartig** mit ungeforderten Pflegezusatzversicherungen (§ 12 Abs. 3 Nr. 2 KVAV). Ein **Tarifwechsel** unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung nach § 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 VVG von der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in ein ungefordertes Produkt ist daher **ausgeschlossen**. Der Wechsel würde die Risikoprüfung in nicht geförderten Produkten unterlaufen und zu einer aufsichtsrechtlich unzulässigen Ungleichbehandlung der Versicherten führen.

5. Mindest- und Höchstleistung (Nr. 4)

- 24 Der Versicherungsschutz muss bestimmte **Mindestleistungen** umfassen; er darf andererseits bestimmte **Höchstleistungen** nicht überschreiten. Zweck der Mindestleistung ist es, dass das geförderte Produkt seinen sozialpolitischen Effekt einer wirksamen Ergänzung der sozialen Pflegeversicherung bzw. privaten Pflegepflichtversicherung erfüllen kann und keine **Mitnahmeeffekte** im Hinblick auf die staatliche Zulage gefördert werden. Wegen der geringen und nicht dynamisierten Höhe der

Zulage ist der Anreiz zu Mitnahmeeffekten allerdings sehr gering. Im Fall von Pflegebedürftigkeit iSv § 14 muss mindestens ein Anspruch auf Auszahlung von **Geldleistungen** für **alle** der in § 15 aufgeführten **Pflegegrade** versichert sein. Die Übernahme des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit fünf Pflegegraden ist daher Fördervoraussetzung. Die Versicherer sind verpflichtet, die Bedingungen auch bei bestehenden Verträgen entsprechend anzupassen. Im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat der Gesetzgeber daher in § 143 ein **Sonderanpassungsrecht** sowohl für die Bedingungen als für eine Neukalkulation der Beiträge mit Blick auf die neuen fünf Pflegegrade eingeführt, um den Ergänzungscharakter zur sozialen Pflegeversicherung und privaten Pflegepflichtversicherung abzusichern (zur Umstellung der Tarife s. § 143). Dabei gilt auch der Bestandsschutz nach § 143 iVm § 140. In Pflegegrad 5 muss mindestens eine Geldleistung von **600 EUR** versichert sein. Das Gesetz lässt die Höhe der Mindestleistung in den übrigen Pflegestufen im Unklaren. Die aufgrund der Fachaufsicht mit dem BMG abgestimmten MB/GEVP 2022 konkretisieren die Mindestleistung in § 6 Abs. 1: in Pflegegrad 1 mindestens 10 %, in Pflegegrad 2 mindestens 20 %, in Pflegegrad 3 mindestens 30 % und in Pflegegrad 4 mindestens 40 % des Pflegemonatsgelds bei Pflegegrad 5 von mindestens 600 EUR. Die Leistungen können auch als **Tagegeld** vereinbart werden, wobei bezogen auf den Monat die genannten Werte nicht unterschritten werden dürfen. Die Versicherungsunternehmen sind frei, höhere prozentuale oder nach absoluten Beträgen Leistungen zu versichern. Der **Kontrahierungszwang** nach Nr. 2 besteht allerdings **nur** im Hinblick auf die **Mindestleistungen**. Ausnahmsweise erstreckt sich der Kontrahierungszwang auf eine höhere Geldleistung, wenn dies zum Erhalt der Förderfähigkeit erforderlich ist (→ § 127 Rn. 8).

Die Begrenzung der **versicherbaren Höchstleistung** wurzelt in der zeitweise 25
erwogenen steuerlichen Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung; eine steuerlich geförderte Geldrente im Pflegefall sollte vermieden werden. In dem Gesetz gewordenen Zulagekonzept ist die Leistungsbegrenzung der Höhe nach nicht verständlich. Die vom Gesetzgeber angeführte **Gefahr einer Überversicherung** (BT-Drs. 17/10170, 20) leuchtet angesichts der hohen Kosten im Fall der Pflegebedürftigkeit und der geringen Zulage nicht ein. Auch erstreckt sich der Kontrahierungszwang nur auf die Mindestleistungen. Tatsächlich erschwert die Höchstgrenze auch wegen der **unklaren Gesetzesfassung** das Angebot der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung. Ihre Bestimmung nach geltendem Recht bereitet Schwierigkeiten: Die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistung nach dem SGB XI nicht überschreiten. Die geförderte ergänzende Pflegeversicherung soll im Ergebnis maximal zu einer **Verdoppelung der SGB-XI-Leistungen** führen. Unklar ist aber, auf welche Leistungen Bezug zu nehmen ist. Werden neben dem Pflegegeld auch die übrigen Geld- und Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zusammen gerechnet, kumulieren sich die Leistungen auf Gesamtwerte von monatlich über 3.200 EUR. Unter dieser Prämisse lief die Höchstgrenze leer. Das BMG vertritt die verfestigte Auffassung, die Höchstgrenze ergebe sich aus dem **Leistungsbetrag im Pflegegrad 5**. Hieraus ergibt sich eine Höchstgrenze für Neuverträge von **2.095 EUR**. Die Höchstgrenze hindert die Produktentwicklung, da aufgrund der Kalkulation nach Art der Lebensversicherung in den jungen Eintrittsjahren bereits mit Beträgen, die nahe am Mindesteigenanteil liegen, die Höchstgrenze erreicht wird (die jungen Eintrittsjahre vernachlässigt Hauck/Noftz/Fahlbusch § 126 Rn. 5) und Leistungen nicht nachträglich erhöht werden können. Die Anwendung der Höchstgrenze wird zusätzlich erschwert durch die mit dem PUEG gesetzlich verankerte Dynamisierung (→ § 30). Die Begrenzung sollte entfallen.

Die Regelung stellt auf den **Zeitpunkt des Vertragsabschlusses** ab. Kommt es 26
aufgrund einer **Leistungsanpassung** zum Erhalt der Förderfähigkeit nachträglich zu einer höheren Leistung, entfällt dadurch die Förderfähigkeit nicht (→ § 127

Rn. 8). Die Regelung lässt zudem eine **Dynamisierung** der Leistungen **bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate** zu. Das Gesetz gibt kein bestimmtes Dynamisierungsverfahren vor.

- 27 Das Verbot einer **Versicherung weiterer Leistungen** bezieht sich nur auf die genannten Geldbeträge. Darüberhinausgehende **Assistance-Leistungen**, insbesondere Pflegeberatung, können einbezogen werden. Denn hier besteht die Gefahr einer Überversicherung nicht. Darüber hinaus können in einem Vertrag höhere Leistungen durch die Kombination von geförderter ergänzender Pflegeversicherung mit nicht zulagefähigen Pflegeergänzungsversicherungen abgesichert werden. Die Höchstgrenzen gelten für die **Kombination verschiedener Tarife** nicht.

6. Bindung an Feststellungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (Nr. 5)

- 28 Die **Feststellung der Pflegebedürftigkeit** gem. den §§ 18–18c sowie die **Festsetzung des Pflegegrades** folgt für Zwecke der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gem. Nr. 5 den **Feststellungen der Pflegekasse bzw. der Versicherungsunternehmen in der gesetzlichen Pflegeversicherung**. Die Förderung verlangt insoweit eine Bindung der Anbieter der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung an die Feststellungen der Pflegekassen bzw. der privaten Pflegeversicherungsunternehmen. Insoweit gilt auch eine Bindung an die Überleitungstabelle nach § 140 Abs. 2, wenn bereits vor dem 1.1.2017 eine Pflegestufe nach altem Recht oder eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde. Die Fördervoraussetzung durchbricht zum Zwecke der **unbürokratischen Auszahlung** der Versicherungsleistungen und um **Nachvollziehbarkeit** für die Versicherten zu erreichen die versicherungsvertragsrechtliche Rechtslage bei Ergänzungsversicherungen, wonach die Entscheidungen der GKV, der Beihilfe oder eines anderen Versicherungsunternehmens als Vorleistende keine Bindungswirkung für die private Zusatzversicherung haben, sondern das Versicherungsunternehmen selbständig und unabhängig die Leistungspflicht prüft. Umgesetzt wird die **Bindungswirkung** in § 3 Abs. 3 und § 6 Abs. 2 MB/GEVP 2022. Eine eigene Prüfung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zur Pflegestufe erfolgt durch den GEVP-Versicherer nicht. Soweit die Gesetzesbegründung auf die Übernahme einer Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs abstellt, gilt dies erst dann, wenn ein neuartiger Pflegebedürftigkeitsbegriff durch eine Bedingungsanpassung nach Maßgabe von § 22 MB/GEVP 2022 für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung umgesetzt ist.

7. Auf fünf Jahre begrenzte Wartezeit (Nr. 6)

- 29 Für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung besteht Kontrahierungszwang und das Verbot, ein bei Vertragsabschluss bestehendes erhöhtes Risiko durch Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse abzubilden. Es besteht daher das **Risiko**, dass vor allem Personen mit hohem Pflegebedürftigkeitsrisiko die geförderte ergänzende Pflegeversicherung abschließen, die infolgedessen unkalkulierbar bzw. unbezahlbar werden könnte. Die Zugangsvoraussetzungen begründen zudem das Risiko von **Mitnahmeeffekten**, in dem die geförderte ergänzende Pflegeversicherung erst spät, wenn Pflegebedürftigkeit unmittelbar droht, abgeschlossen wird. Um dies auszu-schließen, erlauben die Fördervoraussetzungen die Vereinbarung einer **Wartezeit von bis zu fünf Jahren**. Die Fördervoraussetzungen gehen weiter als § 197 Abs. 1 S. 2 VVG, → § 129 Rn. 2.
- 30 Die Vorschrift begründet eine **Höchstgrenze**. Ohne die Zulagefähigkeit zu gefährden, kann der Versicherer, ggf. abhängig von weiteren Bedingungen, **kürzere Wartezeiten** in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung vorsehen (vgl. § 5 Abs. 2 MB/GEVP 2022).

8. Schutz hilfebedürftiger Personen (Nr. 7)

In der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung werden **kollektiv Alterungs-** 31
rückstellungen gebildet. Wird die geförderte ergänzende Pflegeversicherung beendet, verliert der Versicherungsnehmer die aus dem Vertrag erworbenen Rechte an der kollektiven Alterungsrückstellung. Ein neuer Vertrag kann nur zu ungünstigeren Bedingungen abgeschlossen werden. Zur Vermeidung des **Verlusts von Alterungs-**
rückstellungen verlangt die Zulagefähigkeit, dass Hilfebedürftige den Vertrag zur Überwindung eines zeitlich begrenzten Zahlungseinganges **ruhend stellen** können. Das Ruhen von Krankenversicherungs-/Pflegeversicherungsverträgen ist im VVG nicht vorgesehen und aufgrund der während der Ruhenszeit eintretenden Risikoverschlechterung problematisch. Der Anspruch auf Ruhen bedeutet rechtlich jedoch eine Abweichung zugunsten des Versicherungsnehmers und kann daher zur Erfüllung der Fördervoraussetzungen wirksam (vgl. § 208 VVG) vereinbart werden.

Der Ruhensanspruch besteht für Personen, die wegen Hilfebedürftigkeit auf **Leis-** 32
tungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) oder auf Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII) angewiesen sind oder die allein durch Zahlung des Beitrags zur geförderten ergänzenden Pflegeversicherung hilfebedürftig würden. Der Nachweis der **Hilfebedürftigkeit** kann regelmäßig mittels Vorlage des **Bewilligungsbescheides** erfolgen. Der Anspruch ist umgesetzt in § 23 MB/GEVP 2022. Der Anspruch richtet sich auf ein **maximal dreijähriges leistungsfreies und beitragsfreies Ruhen**: Während der Ruhenszeit schuldet der Versicherungsnehmer keine Beiträge; das Versicherungsunternehmen keine Leistungen für bereits bestehende oder während der Ruhenszeit eintretende Pflegebedürftigkeit. Mangels ausreichendem Eigenbeitrag wird während der Ruhenszeit keine Pflegevorsorgezulage gewährt. Während der Ruhenszeit wird der Lauf von Fristen und der Wartezeit nicht unterbrochen (§ 23 Abs. 2 Nr. 3 MB/GEVP 2022).

Das **Ende der Ruhenszeit** tritt ein, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, 33
oder spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit von höchstens drei Jahren. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist dem Versicherungsunternehmen **unverzüglich anzuzeigen** und auf Verlangen **nachzuweisen**. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Für während der Ruhenszeit eingetretene Pflegebedürftigkeit besteht die Leistungspflicht erst nach **Wiederaufleben** der Versicherung, soweit Pflegebedürftigkeit fortbesteht. Als Beitrag ist der **Neugeschäftsbeitrag** zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellung zu zahlen. Der Beitrag ist höher als bei einem nicht unterbrochenen Aufbau der Alterungsrückstellung.

Die Förderfähigkeit setzt gem. § 127 Abs. 2 Nr. 7 darüber hinaus die Vereinbarung eines **Sonderkündigungsrechts** bei Eintritt der Hilfebedürftigkeit voraus. 34
Abweichend von § 205 VVG, der eine rückwirkende Kündigung grundsätzlich ausschließt, ist mit einer Frist von drei Monaten ein Sonderkündigungsrecht **rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts** der Hilfebedürftigkeit vorzusehen. Die Frist beginnt bei Ruhendstellung mit dem Ende der Ruhensstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt. Die Hilfebedürftigkeit ist durch **Bescheinigung** des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch SGB nachzuweisen. Die rückwirkende Kündigung hat zur Folge, dass ggf. geleistete **Beiträge** aber auch in Anspruch genommene **Versicherungsleistungen** rückwirkend bis zu dem Wirksamkeitszeitpunkt der Kündigung **rückzuerstatten** sind. Die rückwirkende Kündigung wird daher idR nur bei Leistungsfreiheit in Frage kommen. Sie widerspricht, hier aus sozialpolitischen Motiven, dem Versicherungsprinzip. Verpasst der Versicherungsnehmer die Dreimonatsfrist, kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird. Das Sonderkündigungsrecht ist umgesetzt in § 17 Abs. 2 MB/GEVP 2022.

9. Begrenzung der Abschluss- und Verwaltungskosten (Nr. 8)

- 35 Zum Schutz der Versicherten und um eine zweckentsprechende Verwendung der Zulage zu gewährleisten, verlangt die Förderfähigkeit die Begrenzung der in Ansatz gebrachten, gemeint sind: kalkulierten **Verwaltungs- und Abschlusskosten**. Das Nähere hierzu regelt § 15 PflvDV, → § 130 Rn. 5. Die **Beachtung** dieser Höchstgrenzen erfolgt **durch** das **Versicherungsunternehmen** im Rahmen der Tarifikalkulation. Das Versicherungsunternehmen haftet nach § 128 Abs. 4 gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass diese Voraussetzungen eingehalten sind.

10. Verwendung der brancheneinheitlichen MB/GEVP

- 36 Nach § 127 Abs. 2 S. 2 hängt die Förderfähigkeit weiterhin von der **Verwendung der brancheneinheitlichen Vertragsmuster** ab. Hierbei handelt es sich um die **Musterbedingungen 2017 für die staatliche geförderte ergänzende Pflegeversicherung – MB/GEVP 2022** (→ Rn. 39). Die MB/GEVP 2022 bilden dabei die Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die tariflich festgelegten Leistungen, insbesondere die Höhen des Pflegegelds in den einzelnen Pflegestufen, werden von den Versicherungsunternehmen im **Tarifteil** vereinbart. Die Pflicht zur Verwendung der MB/GEVP 2022 schränkt zwar den Wettbewerb bei der Ausgestaltung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung ein. Aufgrund der Freiheit bei der Tarifgestaltung und der Beitragskalkulation besteht jedoch ein hinreichender Spielraum, sodass sich ein Spektrum von miteinander im Wettbewerb stehenden Produkten entwickelt hat.
- 37 Die Verpflichtung zur Verwendung der MB/GEVP 2022 gewährleistet zT, dass die Versicherungsverträge die in § 127 Abs. 2 genannten Voraussetzungen für die Förderfähigkeit erfüllen. Die aus der Riester-Förderung bekannte verwaltungskostenintensive **Prüfung einzelner Versicherungsverträge** bzw. ein **Zertifizierungsverfahren entfallen**. Eine Förderung bestehender Verträge, die zwar die Fördervoraussetzungen erfüllen, aber nicht die MB/GEVP 2022 verwenden, scheidet daher aus (aA BeckOK SozR/Wilcken Rn. 11).
- 38 **Abweichungen** von den MB/GEVP 2022 sind zulässig, soweit sie in den MB/GEVP 2022 ausdrücklich zugelassen werden, oder soweit **zugunsten des Versicherten** von den MB/GEVP 2022 abgewichen wird. Die Fördervoraussetzungen müssen aber in jedem Fall gewahrt bleiben.

V. Beleihung des PKV-Verbands

- 39 Der PKV-Verband wird aufgrund von § 127 Abs. 2 S. 2 mit der öffentlich-rechtlichen Aufgabe beliehen, die brancheneinheitlichen Vertragsmuster für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung festzulegen, deren Verwendung Fördervoraussetzung ist. Das Gesetz knüpft regelungssystematisch an § 158 Abs. 2 VAG an, der den PKV-Verband mit der Festlegung von Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif nach § 152 Abs. 1 VAG beliehen hat. Abweichend hiervon erstreckt sich die **Beleihung für** die geförderte ergänzende Pflegeversicherung nur auf den **allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen**. Art, Höhe und Umfang der Leistungen der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung sind durch das einzelne Unternehmen im Tarifteil festzulegen. Der PKV-Verband hat von der Beleihung durch Festlegung der **MB/GEVP 2022** Gebrauch gemacht. Die MB/GEVP sind auf der Homepage des PKV-Verbands (www.pkv.de) abrufbar. Eine etwaige **Anpassung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung** erfolgt, da es sich um versicherungsvertragsrechtliche Regelungen handelt, nach **Maßgabe des § 203 Abs. 3 VVG** unter Beteiligung eines unabhängigen **Treuhänders**. Für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gilt ergänzend das einmalige Sonderanpassungs-

recht nach § 143. Die Beleihung begründet insoweit keinen weitergehenden Gestaltungsspielraum. Für die Ausgestaltung und eine etwaige Änderung der MB/GEVP 2022 bleiben die Vorgaben des VVG und VAG maßgeblich.

Die Beleihung des PKV-Verbandes umfasst zudem die **Befugnis**, für Versicherungsunternehmen, die die geförderte ergänzende Pflegeversicherung anbieten, einen **Ausgleich für Überschäden** einzurichten. Aufgrund des Kontrahierungszwangs und des Ausschlusses von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen konnte der Gesetzgeber trotz der Möglichkeit, Wartezeiten zu vereinbaren, nicht von vornherein ausschließen, dass sich bei einzelnen Anbietern der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine versicherungstechnisch ungünstige **Risikostuktur** ergibt und ein Risikoausgleich zwischen pflegebedürftigen und nicht pflegebedürftigen Versicherten nicht wirksam zustande kommt und daher eine finanzielle Überforderung des Versicherungsunternehmens eintreten kann. Um die **dauernde Erfüllbarkeit** der Verträge aus der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung zu gewährleisten, umfasst die Beleihung daher auch die Befugnis, bei Bedarf und in Abstimmung mit der BaFin einen finanziellen Ausgleich von Überschäden zu schaffen und zu unterhalten. Dem Ausgleich können, so er eingerichtet wird, die Anbieter der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung beitreten. Die Vorschrift knüpft insoweit an den Poolausgleich in der privaten Pflegepflichtversicherung gem. § 111 Abs. 1 und 2 und Abs. 2 an und erklärt die Vorschriften für entsprechend anwendbar. Bislang wurde von der Befugnis kein Gebrauch gemacht.

Mit der Beleihung ist eine umfassende **Aufsicht über den PKV-Verband** bei der Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben verbunden. Die **Fachaufsicht** übt das **BMG** aus. Durch Bezugnahme auf § 111 Abs. 2 unterliegt die etwaige Einrichtung eines Überschadenausgleichs zusätzlich der Aufsicht durch die **BaFin**. Hinzu kommt für die Änderung der MB/GEVP 2022 die Beteiligung eines unabhängigen **juristischen Treuhänders** (§ 203 Abs. 3 VVG) sowohl auf der Ebene der brancheneinheitlichen Festlegung der AVB als auch auf der Ebene der einzelnen Versicherungsunternehmen für die Tarifbestimmungen.

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) ¹Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. ²Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. ³Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. ⁴Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,

6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

⁵Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. ⁶Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) ¹Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. ²Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. ³Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. ⁴Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. ⁵Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. ⁶Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. ⁷Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. ⁸Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. ⁹Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. ¹⁰Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. ¹¹Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. ¹²Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. ¹³Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. ¹⁴Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausbezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) ¹Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. ²Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) ¹Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. ²Zu den Verwaltungskosten

gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. ³Soweit das Bundesamt für Soziale Sicherung die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Regelungsgegenstand	2
III. Antragsverfahren	3
1. Antragserfordernis und Antragsstellung	3
2. Zulagennummer	6
3. Antragsdatensatz	7
IV. Vergabe der Zulagennummer und Gewährung der Zulage	14
1. Zuständigkeit der Zentralen Stelle für Pflegevorsorge (ZfP)	14
2. Direktauszahlung der Zulage	16
3. Ablehnung der Zulage	18
4. Mehrfachversicherung	21
5. Rückforderung der Zulage	22
V. Haftung des Versicherungsunternehmens	23
VI. Kostentragung durch das BMG (Abs. 5)	24

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 49 des PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 1 2246) in das SGB XI eingefügt; sie ist am 1.1.2013 in Kraft getreten. Durch Art. 39 Nr. 10 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019 (BGBl. I 2652) wurde in Abs. 5 S. 3 die Bezeichnung Bundesversicherungsamt durch Bundesamt für Soziale Sicherung ersetzt. Mit Wirkung ab dem 20.7.2021 wurden durch Art. 2 Nr. 38 des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) in Abs. 5 die S. 3 u. 4 über die Abrechnung der Verwaltungskosten der zentralen Stelle aufgehoben.

II. Normzweck und Regelungsgegenstand

§ 128 Abs. 1 regelt das **Antragsverfahren** zur Erlangung der Zulage. § 128 Abs. 2 und Abs. 3 regeln die **Entscheidung** über den Antrag, über etwaige **Rückforderungen** und die **Auszahlung** der Zulage. § 128 Abs. 4 begründet eine Haftung des Versicherungsunternehmens gegenüber dem rechtlichen Zulageempfänger. § 128 Abs. 5 betrifft die **Kostentragung** für die ausgezahlten Zulagen und für die Kosten des Verwaltungsverfahrens zwischen den Einrichtungen des Bundes. Die Regelungen in Abs. 1–3 werden konkretisiert durch die aufgrund von § 130 erlassene Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung (PflvDV) (→ § 130 Rn. 3 ff.).

III. Antragsverfahren

1. Antragserfordernis und Antragsstellung

Die Zulage ist ungeachtet ihrer kalkulatorischen und vertraglichen Einbeziehung ³ in den Versicherungsbeitrag im Verhältnis zwischen Zulageberechtigtem und Bund

eine **staatliche Leistung**, die aus dem Bundeshaushalt finanziert wird und die **nur auf Antrag** gewährt wird. Um ein weitgehend bürokratiearmes und elektronisches Verfahren zu ermöglichen, spielt sich das Antrags- (und auch das Zuteilungsverfahren) im Grundsatz nur zwischen dem Versicherungsunternehmen und der zentralen Stelle ab. Die Antragstellung erfolgt **ausschließlich durch das Versicherungsunternehmen**. Eine Beantragung unmittelbar durch die versicherte Person ist nach § 4 Abs. 1 S. 3 PflvDV ausgeschlossen.

- 4 Grundlage der Antragstellung durch das Versicherungsunternehmen im Namen des Zulageberechtigten ist eine **Vollmacht**. § 128 Abs. 1 S. 2 bestimmt hierzu, dass die zulageberechtigte Person das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrages über eine förderfähige geförderte ergänzende Pflegeversicherung bevollmächtigt, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Die Vorschrift begründet keine gesetzliche Stellvertretung, sondern die Befugnis des Versicherungsunternehmens, von der zulageberechtigten Person eine entsprechende Bevollmächtigung zur Beantragung der Zulage für jede versicherte Person iSd § 128 Abs. 1 S. 2 zu verlangen. Die Bevollmächtigung ist **unwiderruflich**. Demgemäß setzt § 1 Abs. 1 PflvDV das Vorliegen der Bevollmächtigung zur Einleitung des Antragsverfahrens voraus. Die Bevollmächtigung wirkt gleichzeitig als **Empfangsvollmacht** nach § 37 Abs. 1 S. 2 SGB X (§ 4 Abs. 1 S. 2 PflvDV). In der Praxis erfolgt die Bevollmächtigung durch Unterzeichnung einer entsprechenden **Vollmachtserklärung** im Antrag auf Abschluss der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung.
- 5 Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen eine Zulage beantragt hat, **kein Zulageanspruch** bestanden, ist der Antrag aufgrund der Bevollmächtigung zurückzunehmen. Die **Rücknahme** des Antrags erfolgt durch **Stornierung des Antragsdatensatzes** durch das Versicherungsunternehmen.

2. Zulagennummer

- 6 Analog zur Riester-Förderung sieht § 128 Abs. 1 für jede zulageberechtigte Person bei der Antragstellung die **Verwendung einer Zulagennummer** oder einer **Rentenversicherungsnummer** nach § 147 SGB VI vor. Die Zulagennummer ist idR identisch mit der Rentenversicherungsnummer. Sie wird beim Abschluss der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung von den versicherten Personen abgefragt. Liegen Zulagennummer oder Rentenversicherungsnummer nicht vor, ist ein **Antrag auf Zuteilung einer Zulagennummer** durch das Versicherungsunternehmen zu stellen. Abs. 1 S. 3 sieht hierzu ebenfalls eine Bevollmächtigung vor, die idR bei Antragstellung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gegenüber dem Versicherungsunternehmen erteilt wird. Der Antrag auf Vergabe einer Zulagennummer ist zusammen mit dem Antrag auf Auszahlung der Zulage zu übermitteln (§ 128 Abs. 1 S. 4 Nr. 4). Im Falle eines solchen Antrags teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagennummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet (§ 128 Abs. 2). Die **Beantragung** der Rentenversicherungsnummer **durch die zulageberechtigte Person** selbst ist im Zulageverfahren **nicht vorgesehen**.

3. Antragsdatensatz

- 7 Die Antragstellung durch das Versicherungsunternehmen erfolgt in **elektronischer Form** nach amtlich vorgeschriebenen Datensätzen und durch amtlich bestimmte Datenfernübertragungen. Einzelheiten ergeben sich aus der PflvDV. Im Rahmen der Antragstellung sind die in § 128 Abs. 1 S. 4 Nr. 1–7 aufgeführten Daten zu erfassen und zu übermitteln. Der Datensatz ist für **jede zulageberechtigte Person einzeln** zu übermitteln. Dies gilt auch, wenn in einem Versicherungsvertrag mehrere Personen versichert sind (§ 3 Abs. 1 PflvDV). Der Gesetzgeber verdeutlicht

mit dieser Verfahrensvorschrift, dass **auch mitversicherte Personen** zulageberechtig sind, soweit sie die Voraussetzungen erfüllen (→ § 126 Rn. 5).

Die Vorschrift ist zugleich die **gesetzliche Befugnis zur Übermittlung** der Daten (vgl. Art. 6 Abs. 1 DS-GVO). Ungeachtet dessen kann das Versicherungsunternehmen ergänzend die Einwilligung der zulageberechtigten Personen einholen. 8

Der Antragsdatensatz umfasst zwingend die **Bestätigung**, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person ist. Die **Zulageberechtigung** nach § 126 knüpft zudem an persönliche Verhältnisse an, die das Versicherungsunternehmen nicht selbst überprüfen kann. **Vor der erstmaligen Übermittlung** des Antragsdatensatzes für eine versicherte Person hat sich das Versicherungsunternehmen daher nach § 4 Abs. 3 PflvDV von dieser Person zusätzlich zum Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages bestätigen zu lassen, dass die Voraussetzungen der Zulageberechtigung nach § 126 erfüllt sind. Der Antragsteller hat insbesondere zu bestätigen, dass er in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert ist. Nach erstmaliger Bestätigung ist die zulageberechtigte Person nach § 128 Abs. 1 S. 5 verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen **unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen**, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Insbesondere ist unverzüglich das Ende der Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung/privaten Pflegepflichtversicherung anzuzeigen. Die Regelung ist vertraglich umgesetzt in § 2a Abs. 2 MB/GEVP 2022. Ergänzend verlangt § 4 Abs. 3 Nr. 2 PflvDV, dass das Versicherungsunternehmen vor der erstmaligen Übermittlung des Antragsdatensatzes eine **Verpflichtung** einzuholen hat, dass die zulageberechtigte Person dem Versicherungsunternehmen **alle Änderungen der Verhältnisse**, die die Zulageberechtigung nach § 126 betreffen, **unverzüglich nach deren Eintritt mitteilt**. Die Bestätigung und die Verpflichtung bedürfen der **Schriftform**, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Sie müssen drucktechnisch hervorgehoben werden, wenn sie auf dem gleichen Druckstück, mit dem der Antrag auf Abschluss des Vertrages gestellt wird, erfolgen. Bei einem **Abschluss über das Internet** gilt die für den Abschluss des Vertrages genutzte Form. 9

Gegenstand des Antragsdatensatzes ist weiterhin die Bestätigung des Versicherungsunternehmens über die **Zulagefähigkeit des Vertrages** nach § 127 Abs. 2. Die Bestätigung bezieht sich insbesondere auf die Verwendung des brancheneinheitlichen Vertragsmusters (§ 4 Abs. 2 PflvDV). 10

Der wichtigste Fall für einen etwaigen Entfall der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung ist der **Wegzug ins Ausland nach Vertragsabschluss**. § 4 Abs. 4 PflvDV sieht daher vor, dass das Versicherungsunternehmen, das Kenntnis vom Wegzug erlangt, den Antragsdatensatz nur übermitteln darf, wenn ihm für den Zeitraum, für den eine Zulage beantragt werden soll, ein geeigneter Nachweis darüber vorliegt, dass die Zulageberechtigung fortbesteht. Erforderlich, aber auch ausreichend ist idR die **Bestätigung des Trägers der sozialen Pflegeversicherung/privaten Pflegepflichtversicherung**, dass trotz Wegzug ins Ausland die GPM im Zulagezeitraum fortgeführt wurde. 11

Die Antragstellung erfolgt durch **Übermittlung des Datensatzes** innerhalb des Zeitraums vom 1.1. bis zum 31.3. des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, für das die Zulage beantragt wird. Die Zulage wird demgemäß in einem **nachgelagerten Verfahren** beantragt und gewährt. Der Versicherte hat hierdurch keinen Nachteil. Nach § 9 Abs. 1 MB/GEVP 2022 wird der **Zulagenanteil** des Beitrags bis zur Zahlung der Zulage an den Versicherer **unverzinslich gestundet**. Der Versicherte kommt daher mit diesem Beitragsanteil nicht in Verzug, solange das Zulageverfahren noch nicht abgeschlossen wurde. 12

Die fehlende, unrichtige, unvollständige oder nicht rechtzeitige Übermittlung der Daten nach § 128 Abs. 1 S. 4 stellt eine **Ordnungswidrigkeit** des Versicherungsunternehmens dar (§ 121 Abs. 1 Nr. 7, Abs. 3). 13

IV. Vergabe der Zulagennummer und Gewährung der Zulage

1. Zuständigkeit der Zentralen Stelle für Pflegevorsorge (ZfP)

- 14 Die Entscheidung über die Gewährung der Zulage und für die Auszahlung sowie ggf. für die Vergabe einer Zulagennummer trifft eine zentrale Stelle bei der DRV. Die Einbeziehung der DRV erfolgte, da diese bereits im Rahmen der Riester-Rente über Erfahrungen bei der Durchführung eines Zulageverfahrens verfügt. Die DRV hat innerhalb ihres Geschäftsbereichs die **Zentrale Stelle für Pflegevorsorge (ZfP)** eingerichtet. Die bei der DRV anfallenden Aufwendungen werden durch das BMG getragen. § 128 Abs. 2 sieht hierzu eine **Verwaltungsvereinbarung zwischen BMG und der DRV** vor. Die Verpflichtung zum Abschluss der Verwaltungsvereinbarung entspricht der Verpflichtung zur Kostenerstattung nach § 30 Abs. 2 SGB IV, wenn eine versicherungsfremde Aufgabe eines Trägers der öffentlichen Verwaltung auf einen Versicherungsträger übertragen wird. Die Regelung steht in engem Zusammenhang zu Abs. 5, → Rn. 23.
- 15 Soweit erforderlich und beantragt, **vergibt die ZfP eine Zulagennummer**, die vom Versicherungsunternehmen an den Antragsteller weitergeleitet wird und von ihm als Rentenversicherungsnummer auch für andere Zwecke verwendet werden kann.

2. Direktauszahlung der Zulage

- 16 Besteht ein Anspruch auf Zulage, übermittelt die ZfP an das Versicherungsunternehmen einen entsprechenden Datensatz. Ein Zulagenbescheid ergeht grundsätzlich nicht. Die ZfP veranlasst zugleich die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen, das die ausgezahlte Zulage dem einzelnen Versicherungsvertrag gutschreibt. Die **Direktauszahlung** gestaltet das Förderverfahren möglichst bürokratiarm und sichert eine zweckentsprechende Verwendung der staatlichen Zulage. Eine Auszahlung an die zulageberechtigte Person ist ausgeschlossen, auch andere Gläubiger der zulageberechtigten Person können auf die Zulage nicht zugreifen. Vertragsrechtlich erfolgt die Zahlung der Zulage nach § 362 Abs. 2 BGB als **Zahlung von Dritten an Erfüllung statt**. Mit der Auszahlung ist die vertragsrechtliche Verpflichtung zur Beitragszahlung in Höhe des Zulageanteils erfüllt.
- 17 Die Zulagen werden jeweils am 20.4. und am 20.12. eines Jahres zur **Zahlung angewiesen** (§ 7 Abs. 1 PflvDV). § 26 SGB X gilt entsprechend für die Auszahlung.

3. Ablehnung der Zulage

- 18 Kommt die ZfP zu dem Ergebnis, dass nach den „ihr vorliegenden Informationen“, gemeint ist der Antragsdatensatz, kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen durch einen entsprechenden Datensatz mit. Das Versicherungsunternehmen hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes über die **Ablehnung des Zulagantrags** zu informieren.
- 19 Die fehlende Pflegevorsorgezulage führt vertragsrechtlich gem. § 1 MB/GEPV 2022 zum **Wegfall der Versicherungsfähigkeit** der versicherten Person und damit gem. § 19 Abs. 3 S. 1 MB/GEPV 2022 zur **Beendigung des Versicherungsvertrages** zu dem Zeitpunkt, für den zuletzt eine Pflegevorsorgezulage gewährt wurde.
- 20 Die zulageberechtigte Person hat die Möglichkeit, ein **Festsetzungsverfahren** einzuleiten und gegen eine ablehnende Festsetzungsentscheidung, ggf. auf gerichtlichem Wege, selbst den Zulageanspruch geltend zu machen. Die Festsetzung der Zulage durch einen rechtsmittelfähigen Bescheid erfolgt dabei **nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person**. Das Versicherungsunternehmen stellt den Antrag nicht selbst; auch die Bevollmächtigung nach § 128 Abs. 1 umfasst nicht

den Antrag auf Festsetzung. Das **Versicherungsunternehmen** ist allerdings **Beteiligter des Festsetzungsverfahrens**: Der Antrag der zulageberechtigten Person ist schriftlich **innerhalb eines Jahres** nach Übersendung der Information über die Ablehnung durch das Versicherungsunternehmen von der zulageberechtigten Person an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der ZfP zur Festsetzung zu und hat hierzu eine Stellungnahme sowie die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Das Festsetzungsverfahren ist nur zulässig, wenn die ZfP dem Versicherungsunternehmen einen Datensatz über die Ablehnung des Zulageanspruchs übersendet hat (§ 5 PflvDV). Die ZfP teilt die Entscheidung im Festsetzungsverfahren, das Gesetz spricht von der Festsetzung, auch dem Versicherungsunternehmen mit.

4. Mehrfachversicherung

Eine Sonderproblematik ergibt sich aus der Mehrfachversicherung, wenn **meh- 21**
re zulagefähige Versicherungsverträge für eine zulageberechtigte Person
nebeneinander bestehen. Dies kann etwa der Fall sein, wenn eine mitversicherte Person später einen eigenen Vertrag über eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung abschließt und dabei die bestehende Versicherung unberücksichtigt bleibt. Im Fall der Mehrfachversicherung bei verschiedenen Versicherungsunternehmen werden verschiedene Versicherungsunternehmen Anträge auf Zulage für denselben Zeitraum stellen. § 128 Abs. 2 sieht für die Entscheidung der ZfP für diesen Fall vor, dass die Zulage für den jeweiligen Monat **nur für den Vertrag gewährt wird, für den der Antrag zuerst bei der ZfP eingegangen** ist. Begünstigt wird damit der Vertrag, für den eines der beteiligten Versicherungsunternehmen als erstes einen Antrag gestellt hat. Der oder die anderen Verträge erhalten keine Zulage und werden wegen des Entfallens der Versicherungsfähigkeit beendet. Diese Verfahrensweise begründet die Gefahr, dass ein schon länger bestehender förderfähiger Vertrag beendet wird, da das Versicherungsunternehmen in einer für den Versicherten nicht beeinflussbaren Weise den Antrag auf Gewährung der Zulage später gestellt hat. Mit der Beendigung gehen uU erhebliche, bereits aufgebaute **Alterungsrückstellungen verloren**. Ein neuer Vertrag kann zu gleichen Bedingungen idR nicht abgeschlossen werden. Das vom Gesetzgeber für das Förderverfahren vorgegebene „**Windhundrennen**“ zwischen den Versicherungsunternehmen gefährdet das sozialpolitische Sicherungsziel der Pflegevorsorgezulage. Zur Vermeidung dieser misslichen Folge sehen die §§ 19 Abs. 3, 25 MB/GEVP 2022 für den Fall der Mehrfachversicherung und der daraus folgenden Ablehnung der Pflegevorsorgezulage für einen Vertrag ein Verfahren vor, dass es der versicherten Person erlaubt, die Pflegevorsorgezulage für den Vertrag zu nutzen, der als erster abgeschlossen wurde. Wird die Zulage für diesen Vertrag aufgrund eines „schnelleren“ Antrags versagt, hat der Versicherte die Möglichkeit, den jüngeren Vertrag unverzüglich aufheben zu lassen, die **Stornierung des Antrags auf Zulage** zu verlangen und eine **Neuzuweisung** der Zulage **auf den älteren Vertrag** zu veranlassen.

5. Rückforderung der Zulage

Erkennt die ZfP nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder 22
 weggefallen ist, etwa wegen Wegfalls der GPV, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte **Zulagen zurückzufordern** und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen. Eine Rückforderung unmittelbar bei der zulageberechtigten Person erfolgt nicht. § 8 PflvDV erlaubt es, im Verhältnis zwischen ZfP und Versicherungsunternehmen die Rückforderungen mit anderen Forderungen zu verrechnen. Es ist Sache des Versicherungsunternehmens, die Rückzahlung dann für den einzelnen Vertrag gegenüber der zulageberechtigten Person versiche-

rungsvertragsrechtlich umzusetzen. Wegen **Wegfalls der Zulage** ist der **Vertrag** mangels Versicherungsfähigkeit idR **zu beenden**. Lediglich für den Fall, dass eine Rückzahlung aufgrund fehlender Verrechnungsmöglichkeiten ganz oder teilweise nicht möglich oder nicht erfolgt ist, erfolgt eine Festsetzung des zurückgeforderten Betrags gegenüber dem Versicherungsnehmer (§ 8 Abs. 4 PflDV).

V. Haftung des Versicherungsunternehmens

23 § 128 Abs. 4 begründet eine gesetzliche Haftung des Versicherungsunternehmens gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass im Fall der Auszahlung die in § 127 Abs. 2 genannten produktbezogenen Voraussetzungen erfüllt sind. Gegenstand der Haftung ist die Förderfähigkeit **des Produktes nach Maßgabe des § 127 Abs. 2**, nicht aber die persönlichen Voraussetzungen der Zulageberechtigung gem. § 126. Haftungsmaßstab sind mangels besonderer Regelungen Vorsatz und Fahrlässigkeit. Ein zumindest **fahrlässiges Verkennen der Fördervoraussetzungen** begründet danach die Haftung. Gegenstand der Haftung können nach der Gesetzesbegründung Schäden sein, die dem Zulageempfänger dadurch entstanden, dass er zum Zwecke der Pflegevorsorge Versicherungsverträge abschließt, die er ohne Zulage nicht eingegangen wäre. In der Regel dürfte sich der Schaden in den geleisteten Beiträgen erschöpfen.

VI. Kostentragung durch das BMG (Abs. 5)

24 Abs. 5 betrifft die Organisation und Finanzierung innerhalb verschiedener Einrichtungen des Bundes. Die von der ZfP veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die Verwaltungskosten der ZfP werden nach § 128 Abs. 5 S. 1 aus dem **Haushalt des BMG** getragen. Da es sich nicht um Leistungen der Rentenversicherung handelt und die ZfP allein aufgrund ihrer technischen Kenntnisse und Erfahrungen im Wege der Organleihe in das Zulageverfahren eingebunden ist, dürfen die Kosten nicht bei der Rentenversicherung verbleiben. Aufgrund der Änderungen durch das GVWG (→ Rn. 1) richtet sich der Ersatz der Kosten nach der Verwaltungsvereinbarung nach Abs. 2, mit der an die Kosten- und Leistungsrechnung der DRV angeknüpft wird (dazu jurisPK-SGB XI/Vieweg Rn. 2). Aufgrund der Organleihe wird das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde über die ZfP insoweit und in Abweichung von § 94 Abs. 2 S. 2 SGB IV dem BMG unterstellt, soweit es um die Gewährung und Auszahlung der Pflegevorsorgezulage geht.

§ 129 Wartezeit bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen

Soweit im Vertrag über eine gemäß § 127 Absatz 2 förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung eine Wartezeit vereinbart wird, darf diese abweichend von § 197 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes fünf Jahre nicht überschreiten.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Regelungsgegenstand	2
III. Wartezeit	4

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 49 des PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 1 2246) in das SGB XI eingefügt; sie ist am 1.1.2013 in Kraft getreten.

II. Normzweck und Regelungsgegenstand

Die Fördervoraussetzungen der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung 2 sehen einen Kontrahierungszwang und das Verbot der Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen vor. Es besteht daher die Gefahr, dass Personen mit einem individuell hohen Pflegerisiko verstärkt die geförderte ergänzende Pflegeversicherung abschließen und es zu **Mitnahmeeffekten** kommt. Um diesen Risiken einer **ungünstigen Risikostruktur** vorzubeugen, sehen die Fördervoraussetzungen in § 127 Abs. 2 Nr. 6 die Möglichkeit vor, eine **Wartezeit von höchstens fünf Jahren** zu vereinbaren, ohne die Förderfähigkeit zu verlieren. Die Wirkung der Wartezeit kann nicht durch altersabhängige Beiträge erreicht werden, da diese für alle Versicherten eines Eintrittsalters gleich kalkuliert werden und die individuelle Risikoneigung nicht berücksichtigen (unverständlich daher die Kritik von Fahlbusch Hauck/Noftz/Fahlbusch Rn. 4; zur Wirkungsweise Biederbick/Weber GSP 2013, 21 ff.). § 197 Abs. 1 S. 2 VVG sieht allerdings vor, dass bei einer Pflegekrankenversicherung, zu der die geförderte ergänzende Pflegeversicherung gehört, die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten darf. § 129 ist daher eine **lex specialis zu § 197 Abs. 1 S. 2 VVG** – ausgelagertes Versicherungsvertragsrecht –, wonach bei einer geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren vereinbart werden darf. Ohne diese Sonderregelung könnten die Fördervoraussetzungen versicherungsvertragsrechtlich nicht ausgeschöpft werden und nur eine Wartezeit von bis zu drei Jahren vereinbart werden.

Die Vorschrift begründet eine **Höchstgrenze** für die vereinbarten Wartezeiten. 3 Die Versicherungsunternehmen können, ggf. abhängig von Bedingungen, kürzere Wartezeiten vereinbaren, § 5 Abs. 2 MB/GEVP 2022.

III. Wartezeit

Die Vereinbarung der Wartezeit hat zur Folge, dass nach Vertragsabschluss **innerhalb der Wartezeit keine Versicherungsleistungen** gewährt werden. Die Beitragspflicht bleibt hiervon unberührt. Für während der Wartezeit eingetretene Versicherungsfälle, die, wie es bei der Pflegebedürftigkeit die Regel ist, über das Ende der Wartezeit hinaus fort dauern, werden Leistungen **ab dem Ende der Wartezeit pro rata temporis** gewährt. Die Wartezeit ist insoweit eine Karenzzeit. 4

§ 130 Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres regeln über

1. die zentrale Stelle gemäß § 128 Absatz 2 und ihre Aufgaben,
2. das Verfahren für die Ermittlung, Festsetzung, Auszahlung, Rückzahlung und Rückforderung der Zulage,

3. den Datenaustausch zwischen Versicherungsunternehmen und zentraler Stelle nach § 128 Absatz 1 und 2,
4. die Begrenzung der Höhe der bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Regelungsgegenstand	2
III. Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung (PflvDV)	3

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 49 des PNG vom 23.10.2012 (BGBl. I 2246) eingefügt; sie ist am 1.1.2013 in Kraft getreten.

II. Normzweck und Regelungsgegenstand

- 2 Die Vorschrift begründet eine **Ermächtigungsgrundlage** für das BMG, im **Einvernehmen** mit dem BMF und dem BMAS ohne Zustimmung des Bundesrates nähere Vorschriften über die zentrale Stelle, das Förderverfahren, den Datenaustausch zwischen Versicherungsunternehmen und zentraler Stelle sowie über die Begrenzung der bei der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Ansatz gebrachten Verwaltungskosten und Abschlusskosten zu treffen. Das Einvernehmen mit dem BMF resultiert aus der Zuständigkeit des BMF für die Versicherungsaufsicht, die wahrgenommen wird durch die BaFin; das Einvernehmen mit dem BMAS aus der Beteiligung der ZfP als Einrichtung der DRV.

III. Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung (PflvDV)

- 3 Das BMG hat mit der **Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung** (PflvDV) vom 20.12.2012 (BGBl. I 2994) und mit der Ersten Verordnung zur Änderung der PflvDV vom 12.12.2018 (BGBl. I 2452) von der Ermächtigungsgrundlage Gebrauch gemacht.
- 4 Die PflvDV enthält neben der Regelung über die **Zuständigkeit der zentralen Stelle** Bestimmungen über das **Antrags- und Förderverfahren** durch die ZfP, insbesondere im Verhältnis zwischen ZfP und Versicherungsunternehmen. **Art und Format der Datenübermittlung** werden geregelt. Daneben finden sich Regelungen über die **Statistik der Pflegevorsorgezulage**, die es dem BMG ermöglichen, die erforderlichen Haushaltsmittel für die Zulage bereit zu stellen.
- 5 Schließlich enthält § 15 PflvDV eine Regelung über die **Verwaltungs- und Abschlusskosten** der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung. Die Abschlusskosten gem. § 8 Abs. 1 Nr. 1 KVAV dürfen das Zweifache der auf den ersten Monat entfallenden Bruttoprämie insgesamt nicht übersteigen. Mittelbare Abschlusskosten, Schadenregulierungskosten und sonstige Verwaltungskosten gem. § 8 Abs. 1 Nr. 2–4 KVAV dürfen bis zu einer Höhe von 10 % der Bruttoprämie insgesamt eingerechnet werden.

Fünfzehntes Kapitel. Bildung eines Pflegevorsorgefonds

Vorbemerkungen zu §§ 131 bis 139

Übersicht

	Rn.
I. Zielsetzung des Pflegevorsorgefonds	1
II. Grundlegende Funktionsweise	2
III. Finanzwissenschaftliche Kritik	4
IV. Umnutzung der Mittel des Fonds	5

I. Zielsetzung des Pflegevorsorgefonds

Die soziale Pflegeversicherung ist als umlagefinanzierter Zweig der Sozialversicherung von der **demografischen Entwicklung** unmittelbar betroffen. Bei unveränderter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit wird die Zahl der Pflegebedürftigen nach Berechnungen der Bundesregierung von derzeit rund 2,5 Mio. auf etwa 3,5 Mio. (2030) und auf über 4 Mio. bis 2050 ansteigen (BT-Drs. 18/1519, 3; vgl. Zuchandke ZSR 2013, 433 ff.). Die besonders geburtenstarken Jahrgänge 1959 bis 1967 („Babyboomer“) sind in diesem Zeitraum in einem Alter, in dem das Risiko der Pflegebedürftigkeit erheblich ansteigt. Da dies unter gleichbleibenden Rahmenbedingungen zu **steigenden Beitragssätzen** führen würde, sollen nach dem Willen des Gesetzgebers durch die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds die im Zeitverlauf deutlich steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen verteilt werden (BT-Drs. 18/1798, 18). Das im Koalitionsvertrag 2013 vereinbarte Vorhaben des Pflegevorsorgefonds ordnete der Gesetzgeber als Bestandteil der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie (vgl. den Fortschrittsbericht 2012, BT-Drs. 17/8721) ein.

II. Grundlegende Funktionsweise

Der Pflegevorsorgefonds ist rechtlich als unselbständiges Sondervermögen konzipiert (§§ 131–133). Verwaltung und Anlage der Mittel des Pflegevorsorgefonds wurden der Bundesbank übertragen. Ab 2015 wird sein Kapitalstock über einen Zeitraum von 19 Jahren durch Zuführung von 0,1 % der vorjährigen Beitragseinnahmen aufgebaut (**Ansparphase**), vgl. § 135. Die Beitragssatzerhöhung zum 1.1.2015 beruhte in entsprechender Höhe auf der Einrichtung des Fonds. Die Bundesregierung ging im Gesetzgebungsverfahren davon aus, dass das maximale Kapitalvolumen des Pflegevorsorgefonds 37–42 Mrd. EUR betragen wird (BT-Drs. 18/1519, 5). Ende 2022 beliefen sich die kumulierten Rücklagen auf 11 Mrd. EUR (Bericht der Bundesbank für März 2023, 14).

Ab 2035 sollen die Mittel des Pflegevorsorgefonds sukzessive über einen Zeitraum von rund 20 Jahren dazu verwendet werden, den aus der demografischen Entwicklung erwarteten Anstieg des Beitragssatzes zu bremsen (**Entnahmephase**), vgl. § 136. Der Gesetzgeber äußert sich in den Materialien nicht dazu, wie hoch der Entlastungseffekt voraussichtlich ausfallen wird. Nach BT-Drs. 18/1374, 3, soll das BMG intern berechnet haben, dass eine Absenkung des Beitragsniveaus von 0,14 bis 0,17 % zu erwarten sei.

III. Finanzwissenschaftliche Kritik

- 4 Errichtung und Konzeption des Pflegevorsorgefonds haben früh Kritik aus gesundheitsökonomischer Sicht erfahren (zusammenfassend BT-Drs. 18/1374, 1 f.). Bei jährlichen Ausgaben von mehr als 52 Mrd. EUR schon Ende 2022 sei der beitragsenkende Effekt der jährlich zu erwartenden Ausschüttung von 1,2 Mrd. EUR verschwindend gering (Beirat bei dem BMWK Gutachten 2022 S. 27 f.). Ohnehin bleibt nach Entleerung des Fonds gegen Ende der 2050er Jahre das Beitragsniveau wegen der sinkenden Zahl der Beitragszahler unverändert hoch, selbst wenn die Zahl der Pflegebedürftigen sinkt (Rothgang, Wirtschaftsdienst 2014, 310). Hinzu kommt, dass neuere Berechnungen eine höhere Anzahl von Pflegebedürftigen projizieren, als der Gesetzgeber bei der Errichtung des Pflegevorsorgefonds angenommen hatte (→ Rn. 1), vgl. Bahnsen/Wild, WIP-Analyse März 2023, S. 11, die für 2045 von 5,70–6,12 Mio. Personen ausgehen. Zwar ist eine abschließende Nutzenbewertung angesichts des noch langen Zeitraumes schwierig, es ist aber nach Ablauf knapp der Hälfte der Ansparphase nicht erkennbar, dass die bei Einführung geäußerten Einwände durch die bisherige Entwicklung entkräftet worden wären. Der Spielraum für künftige Beitragsentlastungen sinkt weiter durch die Begrenzung der Zuführung von Mitteln auf 700 Mio. EUR in den Jahren 2024–2027.

IV. Umnutzung der Mittel des Fonds

- 5 Im Zuge der Schaffung des Pflegevorsorgefonds ist verschiedentlich auf die Gefahr hingewiesen worden, dass das Sondervermögen in einem geänderten politischen Umfeld vorzeitig für andere Zwecke als die Absenkung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung verwendet werden könnte, zB Monatsbericht der Bundesbank für März 2014, S. 10. Das Jahresgutachten 2014/2015 des Sachverständigenrates (BT-Drs. 18/3265, 22) benennt als Beispiel für eine derartige Maßnahme des Gesetzgebers den Einsatz der **Nachhaltigkeitsrücklage der GRV** zur Finanzierung des Rentenpaketes 2014. Diese Rücklage ist schon in der Vergangenheit anderen Zwecken als der Absicherung kurzfristiger Schwankungen der Beitragseinnahmen zugeführt worden (BVerfG 27.2.2007 – 1 BvL 10/00, BVerfGE 117, 272 = SozR 4–2600 § 58 Nr. 7 = BeckRS 2007, 22317; BVerfG 3.6.2014 – 1 BvR 79/09, 1 BvR 1235/09, 1 BvR 1298/09, 1 BvR 1701/09, 1 BvR 3148/10, NJW 2014, 3634, erwähnen die gesetzgeberischen Zugriffe 1996 bzw. 2002 jeweils nur am Rande). Einen konkreten Ansatz im Hinblick auf den Pflegevorsorgefonds beinhaltet bereits der Vorschlag des Bundesrates im Gesetzgebungsverfahren, die Mittel auch für die **Finanzierung der Ausbildungsvergütungen im Altenpflegebereich** zu verwenden (BT-Drs. 18/2379, 13; abgelehnt BT-Drs. 18/2379, 19).
- 6 Grundsätzlich steht es dem Gesetzgeber nach der lex-posterior-Regel offen, die Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds zu ändern und damit auch die angesparten Mittel ganz oder teilweise umzuwidmen. **Verfassungsrechtlich unzulässig** ist jedoch die Verwendung von Sozialversicherungsbeiträgen – dh auch der Mittel des Pflegevorsorgefonds – zur Deckung des allgemeinen staatlichen Finanzbedarfs (BVerfGE 75, 108 = NJW 1987, 3115; zusammenfassend BVerfG 18.7.2005 – 2 BvF 2/01, BVerfGE 113, 167 = BeckRS 2006, 21608, NVwZ 2006, 559). Anderenfalls käme es zu einer Kollision mit den Regelungen der Finanzverfassung gem. Art. 104a ff. GG, zu der das Beitragssystem der Sozialversicherung nicht gehört. Das BVerfG hat allerdings zuletzt (BVerfG 22.5.2018 – 1 BvR 1756/12, BVerfGE 149, 50 = NVwZ 2018, 1630) einen Transfer von Beitragsmitteln (der BA) aus dem Sozialversicherungssystem an den Bund als gerechtfertigt angesehen, weil dem ein gegenläufiger höherer Bundeszuschuss entgegenstand. Nachdem ein solcher – wenn auch derzeit noch in vergleichsweise geringer Höhe – in § 61a (und temporär auch

§§ 153, 154) eingeführt worden ist, ist dies in die verfassungsrechtliche Würdigung mit einzubeziehen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Zuschuss ab 2028 wieder geleistet werden sollte (§ 61a Abs. 1 S. 2).

Soweit eine Umnutzung der Mittel des Pflegevorsorgefonds für Zwecke im Binnensystem der Sozialversicherung erfolgen soll, lässt sich ein Verstoß gegen höherrangiges Recht von Verfassungs wegen kaum begründen. Nach BVerfG 18.7.2005 – 2 BvF 2/01, BVerfGE 113, 167 = SozR 4–2500 § 266 Nr. 8 = BeckRS 2006, 21608, ist der Verfassung **keine objektive Garantie des bestehenden Systems** der Sozialversicherung oder seiner tragenden Organisationsprinzipien zu entnehmen, es besteht weder ein Änderungsverbot noch ein Gestaltungsgebot. Zudem dürfen auch die Lasten einzelner Sozialversicherungsträger in gewissem Umfang auf andere Sozialversicherungsträger und deren Mitglieder verlagert werden (vgl. BVerfG 5.3.1974 – 1 BvL 17/72, BVerfGE 36, 383 = SozR 5610 Art. 3 § 1 Nr. 1 = BeckRS 1974, 104371). Das BVerfG hat stets die große Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers in der Sozialversicherung betont. Den Pflegekassen als Vermögensträger des Pflegevorsorgefonds (vgl. → §§ 131–133 Rn. 3) stehen idR keine Grundrechte gegenüber staatlicher Neuorganisation zu (BVerfG 9.4.1975 – 2 BvR 879/73, BVerfGE 39, 302 = JZ 1975, 601 = BeckRS 1975, 105598; 31.1.2008 – 1 BvR 2156/02, 1 BvR 2206/02, SozR 4–2500 § 4 Nr. 1 = BeckRS 2008, 32556). Ihnen ist nach Auffassung des BSG allenfalls eine eigene Prüfungskompetenz für die dem Gesetzgeber durch Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG und Art. 87 Abs. 2 GG gesetzten Kompetenzgrenzen hinsichtlich des Rechts auf Selbstverwaltung zuzugestehen, um auf diese Weise zumindest mittelbar eine gerichtliche Überprüfung des anzuwendenden Rechts am Maßstab des Grundgesetzes zu erreichen (BSG 18.5.2021 – B 1 A 2/20 R = BSGE 132, 114 = NZS 2022, 57 (66)).

Dem Beitragszahler steht ebenfalls **kein durchgreifender grundrechtlicher Schutz** für bereits in den Pflegevorsorgefonds eingezahlte Beiträge zu. §§ 131 ff. begründen keinen vom Rechtsstaatsprinzip in Art. 20 Abs. 3 GG erfassten Vertrauensschutz in die Weiterführung der ursprünglichen Konzeption (ebenso jurisPK-SGB XI/Altmiks § 136 Rn. 20). Generell ist die Entrichtung von Sozialversicherungsbeiträgen verwendungsneutral, dh es besteht kein grundrechtlicher Anspruch gegenüber dem Staat auf Vornahme oder Unterlassung eines bestimmten Einsatzes der Beiträge (BSG 9.10.1984 – 12 RK 18/83, BSGE 57, 184, = BeckRS 1980, 41131; die Verfassungsbeschwerde wurde vom BVerfG nicht zur Entscheidung angenommen, BVerfG 30.4.1986 – 1 BvR 218/85). Zudem begründet die Zahlung von Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegevorsorgefonds keine von Art. 14 und Art. 2 GG geschützte Rechtsposition, wie es etwa für Rentenanwartschaften der GRV der Fall ist.

Das BVerfG hat zwar mittlerweile (BVerfG 22.5.2018 – 1 BvR 1756/12, BVerfGE 149, 50 = NVwZ 2018, 1630) anerkannt, dass ein Anspruch auf eine **verfassungsgerichtliche Überprüfung einer bestimmten Mittelverwendung** besteht, wenn sich diese in rechtlich erheblicher Weise auf ihre Beitragspflicht, dh die Höhe des konkreten Beitragssatzes, auswirkt. Es ist aber fraglich, ob dieses Überprüfungsrecht auch dann besteht, wenn eine nur zukünftige Beitragssatzminderung durch vorzeitige Auflösung des Pflegevorsorgefonds verhindert wird. Selbst wenn man dies bejahte, wäre weiterhin zu beachten, dass das BVerfG auch auf der Rechtfertigungsebene dem Gesetzgeber einen großzügig bemessenen Spielraum zuerkennt. Ein **legitimer gesetzgeberischer Zweck** kann schon darin bestehen, dass durch die Maßnahme die Funktions- und Leistungsfähigkeit eines Sozialleistungssystems im Interesse aller erhalten, verbessert und veränderten wirtschaftlichen Bedingungen angepasst wird (BVerfG 27.2.2007 – 1 BvL 10/00, BVerfGE 117, 272 = SozR 4–2600 § 58 Nr. 7 = BeckRS 2007, 22317 zur Absenkung bestimmter Rentenanwartschaften). Zugriffe des Gesetzgebers auf das Sondervermögen werden damit im Wesentlichen durch politische Widerstände gegen eine Umwidmung der angesparten Mittel eingeschränkt (Hauck/Noftz/Rolfs SGB XI § 132 Rn. 11).

§ 131 Pflegevorsorgefonds

In der sozialen Pflegeversicherung wird ein Sondervermögen unter dem Namen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ errichtet.

§ 132 Zweck des Vorsorgefonds

¹Das Sondervermögen dient der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung. ²Es darf nach Maßgabe des § 136 nur zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden.

§ 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren

¹Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. ²Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. ³Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren erfolgt ab dem 1. Januar 2020 durch das Bundesversicherungsamt. ⁴Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem in dem in § 134 Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertretenen Bundesministerium für Gesundheit. ⁵Dem Bundesversicherungsamt bezüglich der Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren entstehende Kosten werden aus Mitteln des Pflegevorsorgefonds getragen. ⁶Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn. ⁷Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren einschließlich der Entscheidung über die Einleitung gerichtlicher Verfahren erfolgt bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit. ⁸Für bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordene gerichtliche Verfahren verbleibt die Vertretung bis zum Abschluss der Verfahren beim Bundesministerium für Gesundheit.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzwecke und Überblick	2
III. Errichtung und Struktur	3
IV. Zweck	5
V. Gerichtliche und außergerichtliche Vertretung	6

I. Geltende Fassung

- 1 Die §§ 131–133 wurden eingefügt durch Art. 1 Nr. 30 PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015. Die Vorschriften haben die Fassung des Entwurfes der Bundesregierung, BT-Drs. 18/1798, 14, Begr. S. 42. § 133 S. 3 wurde geändert, S. 4–8 angefügt mWv 15.12.2018 durch Art. 11 Nr. 21 PpSG (vom 11.12.2018, BGBl. I 2394).

II. Normzwecke und Überblick

- 2 In §§ 131–133 sind die Grundlagen des Pflegevorsorgefonds geregelt. § 131 errichtet den Pflegevorsorgefonds, § 132 beschreibt seinen Zweck in allgemeiner Form und § 133 legt die maßgebenden rechtlichen Strukturen fest.

III. Errichtung und Struktur

§ 131 beinhaltet die Errichtung und Namensgebung des „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“, der verkürzt – auch in der Norm- bzw. Kapitelüberschrift – als Pflegevorsorgefonds bezeichnet wird. Es handelt sich dabei um ein **Sondervermögen**, dh um eine von dem weiteren Vermögen der sozialen Pflegeversicherung getrennte Vermögensmasse, die rechtlich unselbständig ist. Gesetzeswortlaut und Materialien geben nicht an, wer materiell Träger des Vermögens des Pflegevorsorgefonds ist; BT-Drs. 18/1798, 43, hält lediglich fest, dass es nicht dem Bund zugeordnet ist. Das Vermögen des Pflegevorsorgefonds ist **materiell der sozialen Pflegeversicherung zuzurechnen** (dh den Pflegekassen als Trägern), schon weil es aus Beiträgen der sozialen Pflegeversicherung finanziert wird und § 137 eine Trennung vom „übrigen“ Vermögen der sozialen Pflegeversicherung anordnet.

§ 133 legt wesentliche rechtliche Eigenschaften des Pflegevorsorgefonds fest. Das Sondervermögen ist nach S. 1 nicht rechtsfähig. Nach BT-Drs. 18/1798, 42, soll der **Vollzugs- und Kostenaufwand** begrenzt werden, weil für ein nichtrechtsfähiges Sondervermögen keine Regelungen über Organe notwendig seien.

IV. Zweck

Das Sondervermögen bezweckt nach § 132 S. 1, eine langfristige **Stabilisierung der Beitragsentwicklung** in der sozialen Pflegeversicherung sicher zu stellen. Dies kann als Leitlinie zur Auslegung der Vorschriften über den Pflegevorsorgefonds herangezogen werden. Eine weitergehende eigenständige Bedeutung kommt der Norm im Hinblick auf die detaillierteren Regelungen des § 136 nicht zu. Gemäß § 132 S. 2 darf der Pflegevorsorgefonds nur – nach Maßgabe des § 136 – zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden. Damit wird lediglich die Selbstverständlichkeit umschrieben, dass ein anderer als der gesetzlich vorgesehene **Verwendungszweck** nicht zulässig ist. Die Regelung soll der verschiedentlich geäußerten Sorge (zB Monatsbericht der Bundesbank für März 2014, S. 10) begegnen, dass das Sondervermögen in zukünftig geänderten politischen Verhältnissen einer anderen Verwendung zugeführt werden könnte. Nach BT-Drs. 18/1789, 42, ist durch S. 2 eine anderweitige Verwendung der Mittel des Sondervermögens „gesetzlich ausgeschlossen“. Dies stellt jedoch kein unüberwindbares Hindernis für die einfachgesetzlich mögliche Änderung des Verwendungszwecks dar, vgl. ausführlich → Vor §§ 131–139 Rn. 5 ff.

V. Gerichtliche und außergerichtliche Vertretung

Auch ohne Organe kann der Pflegevorsorgefonds nach § 133 S. 2 unter seinem Namen im Rechtsverkehr handeln, klagen und verklagt werden. Außergerichtlich bestehen die Rechtshandlungen im Wesentlichen in der Verwaltung und Anlage der Mittel, die nach § 134 der Bundesbank übertragen sind. Zum 1.1.2020 wurde die gerichtliche Vertretung des Pflegevorsorgefonds auf das „Bundesversicherungsamt“ übertragen. Es ist offenbar ein Redaktionsversehen, dass in S. 3 und 5 die vormalige Bezeichnung des BAS verwendet wird, eine Anpassung erfolgte zB in § 135. In diesem Zuge wurde der allgemeine Gerichtsstand von Frankfurt/Main (§ 133 S. 3 aF, vgl. BT-Drs. 18/1798, 42) nach Bonn verlegt (S. 6).

Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens wird nach S. 4 **im Einvernehmen mit dem BMG** getroffen. Dem gesonderten Verweis auf die Vertretung des BMG im Anlageausschuss kommt keine einengende rechtliche Bedeutung zu. Die Gestaltung der Übergangsregelungen in S. 7 und 8 erschließt sich

nicht recht. Sie führte zu einem doppelten Wechsel der Prozessvertretung von der Bundesbank auf das BMG und weiter auf das BAS. Die Vorschrift kann nur dann als folgerichtig bezeichnet werden, wenn entgegen der früheren Fassung des § 133 die Vertretung des Pflegevorsorgefonds in gerichtlichen Verfahren schon immer durch das BMG erfolgt wäre. Möglicherweise sind dies die „Unklarheiten“ auf die die Materialien des PpSG zur Einführung von S. 4–8 Bezug nehmen (BT-Drs. 19/4453, 104). Auch nach der Rechtsänderung bleibt inkonsequent, dass nicht die Pflegekassen als eigentlicher Träger des Sondervermögens an der Prozessführung beteiligt werden.

§ 134 Verwaltung und Anlage der Mittel

(1) ¹Die Verwaltung und die Anlage der Mittel des Sondervermögens werden der Deutschen Bundesbank übertragen. ²Für die Verwaltung des Sondervermögens und seiner Mittel werden der Bundesbank entsprechend § 20 Satz 2 des Gesetzes über die Deutsche Bundesbank keine Kosten erstattet.

(2) ¹Die dem Sondervermögen zufließenden Mittel einschließlich der Erträge sind unter sinngemäßer Anwendung der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Versorgungsfonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen) zu marktüblichen Bedingungen anzulegen. ²Dabei ist der in Aktien oder Aktienfonds angelegte Anteil des Sondervermögens ab dem Jahr 2035 über einen Zeitraum von höchstens zehn Jahren abzubauen. ³Das Bundesministerium für Gesundheit ist im Anlageausschuss nach § 5 der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Versorgungsfonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen) vertreten.

(3) Für Zwecke der Doppelbesteuerungsabkommen gilt das Sondervermögen als in Deutschland ansässige Person, die der deutschen Besteuerung unterliegt.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Zuständigkeit	3
IV. Anlagevorschriften	4
V. Doppelbesteuerung (Abs. 3)	5

I. Geltende Fassung

1 § 134 wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 30 PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015. Die Vorschrift ist idF des Entwurfes der Bundesregierung, BT-Drs. 18/1798, 14, Begr. S. 43, übernommen worden. Durch Art. 1 Nr. 24a PSG III (vom 23.12.2016, BGBl. I 3191) sind mWv 1.1.2017 Abs. 1 in Abs. 2 S. 1 (lit. a) und Abs. 2 S. 3 (lit. b) im AfG (BT-Drs. 18/10510, 39, Begr. S. 124) die Verweise auf die anzuwendenden Anlagerichtlinien geändert worden. Abs. 3 wurde mWv 1.1.2023 durch Art. 1 Nr. 47 PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155) angefügt.

II. Normzweck

§ 134 legt fest, welche Stelle für die Verwaltung des Vorsorgefonds zuständig ist (Abs. 1) und wie die dem Pflegevorsorgefonds zugeführten Mittel angelegt werden (Abs. 2). Zudem wird der steuerliche Status für die Zwecke der Doppelbesteuerung festgelegt (Abs. 3).

III. Zuständigkeit

Abs. 1 S. 1 überträgt der **Deutschen Bundesbank** die Verwaltung und Anlage der Mittel des Pflegevorsorgefonds. Die Materialien geben keine Auskunft darüber, warum eine dem Sozialversicherungssystem fremde Einrichtung damit betraut wurde. Ausschlaggebend dürfte gewesen sein, dass die Bundesbank bereits die Verwaltung der Sondervermögen betreffend die Versorgungsrückstellungen für die Bundesbeamten durchführt und damit über das erforderliche Expertenwissen für eine sichere und wirtschaftliche Anlage von Sondervermögen verfügt (so BT-Drs. 16/6471, 12, anlässlich der Errichtung des ebenfalls von der Bundesbank verwalteten Versorgungsfonds der BA gem. § 366a SGB III). Nach Abs. 1 S. 2 werden der Bundesbank für die Verwaltung des Pflegevorsorgefonds **keine Kosten erstattet**. Der Verweis in der Vorschrift auf eine entsprechende Anwendung des § 20 S. 2 BundesbankG bezieht sich auf die Rechtsfolge (der vollständigen Kostenfreiheit). Er ist nicht so zu verstehen, dass die Kostenfreiheit auf die in § 20 S. 1 BundesbankG iVm § 19 Nr. 2–7 BundesbankG genannten Geschäfte beschränkt ist.

IV. Anlagevorschriften

Abs. 2 S. 1 ordnet an, dass die Mittel des Pflegevorsorgefonds zu marktüblichen Bedingungen angelegt werden müssen und hierbei die Anlagerichtlinien Sondervermögen idF ab 7.12.2015 zur Anwendung kommen. Hierbei handelt es sich um eine Zusammenstellung der Anlagerichtlinien für die Versorgungsrücklage des Bundes, die Versorgungsfonds des Bundes und der Bundesagentur für Arbeit sowie den Pflegevorsorgefonds. Die grundlegenden Vorgaben für die Anlage der Mittel des Versorgungsfonds sind in §§ 5, 15 VersorgungsrücklageG geregelt. BT-Drs. 18/1798, 43, nimmt darauf für den Pflegevorsorgefonds Bezug und legt fest, dass sich die Mittelanlage im Rahmen einer langfristigen Anlagestrategie an den Zielen **Sicherheit, Rendite und Liquidität** orientiert. Zulässig ist – entsprechend den Vorgaben von §§ 5, 15 VersorgungsrücklageG und den hierzu erlassenen Anlagerichtlinien – eine Anlage in Euro-denominierten, handelbaren Schuldverschreibungen des Bundes, der Bundesländer, anderer EWU-Staaten, supranationaler Organisationen, staatlich dominierter Emittenten sowie Pfandbriefen und vergleichbaren gedeckten Schuldverschreibungen, die von den führenden Ratingagenturen mit einem hohen Sicherheitsanforderungen genügenden Rating bewertet werden (vgl. BT-Drs. 17/13590, 26, zur Versorgungsrücklage des Bundes). Ferner kann eine Anlage in Euro-denominierten **Aktien oder Aktienfonds** im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements erfolgen. Der Anteil an Aktien am Sondervermögen darf maximal 10 % betragen; kursbedingte, vorübergehende Überschreitungen dieser Grenze sind dabei unschädlich. Die Investitionen in Aktien erfolgen als Direktanlage in die im Euro-Stoxx-50 enthaltenen Unternehmen weitestgehend entsprechend der Indexgewichtung (BT-Drs. 18/10258, 4). Der Anteil an Aktien oder Aktienfonds ist nach Abs. 2 S. 2 ab dem Jahr 2035 über einen Zeitraum von höchstens zehn Jahren abzubauen. Abs. 2 S. 3 gewährt dem BMG einen Sitz im Anlageausschuss

für den Versorgungsfonds. Die Anlagevorgaben sind sowohl in der Ansparphase (§ 135) als auch später während der Entnahmephase (§ 136) zu berücksichtigen.

V. Doppelbesteuerung (Abs. 3)

5 Durch das PUEG vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) ist mit Rückwirkung zum Jahresbeginn 2023 Abs. 3 angefügt worden. Die Regelung dient der Klarstellung, dass dem (nach § 133 nur teilrechtsfähigen) Pflegevorsorgefonds für die Zwecke der mit anderen Staaten bestehenden Doppelbesteuerungsabkommen Rechtspersönlichkeit zukommt und er somit zumindest der abstrakten Steuerpflicht in Deutschland unterliegt (BT-Drs. 20/6544, 85). Damit soll betont werden, dass der Pflegevorsorgefonds die Voraussetzungen für die Abkommensberechtigung (vgl. Art. 4 Abs. 1 S. 1 OECD-Musterabkommen 2017) erfüllt und die Grundlagen dafür gelegt werden, dass sich der Fonds bei Finanzanlagen im Ausland auf Quellensteuerprivilegien in den Abkommen berufen kann. Allerdings obliegt die Prüfung der Abkommensberechtigung dem Anwendungsstaat, der nicht an die deutsche Fiktion des Sitzstaates gebunden ist (vgl. ausführlich Ronge IStR 2022, 626).

§ 135 Zuführung der Mittel

- (1) ¹Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt dem Sondervermögen monatlich zum 20. des Monats zu Lasten des Ausgleichsfonds einen Betrag zu, der einem Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht. ²Für die Berechnung des Abführungsbetrags wird der Beitragssatz gemäß § 55 Absatz 1 zugrunde gelegt.
- (2) Die Zuführung nach Absatz 1 erfolgt erstmals zum 20. Februar 2015 und endet mit der Zahlung für Dezember 2033.
- (3) Für das Jahr 2023 erfolgt die Zuführung nach Absatz 1 im Jahr 2024 in zwölf Raten in Höhe von je einem Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres.
- (4) ¹Abweichend von Absatz 1 beträgt die Zuführung an das Sondervermögen für die Jahre 2024 bis 2027 jährlich 700 Millionen Euro. ²Sie erfolgt monatlich zum 20. des Monats in zwölf Raten in Höhe von jeweils einem Zwölftel des Jahresbetrags. ³Nach dem Jahr 2027 werden die Zuführungen an das Sondervermögen nach Absatz 1 wieder aufgenommen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Höhe der Zuführungen	2
III. Allgemeine Zahlungsmodalitäten	3
IV. Sonderfall 1: Zahlung für das Jahr 2023	6
V. Sonderfall 2: Zahlungen für die Jahre 2024–2027	7

I. Geltende Fassung

1 § 135 wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 30 PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015. S. 1 hat weitgehend die Fassung des Entwurfes, BT-Drs. 18/1798, 14, Begr. S. 43; die Behördenbezeichnung wurde geändert durch Art. 39

Nr. 10 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2424) mWv 1.1.2020. Der AfG (BT-Drs. 18/2909, 27, Begr. S. 44) änderte den Zuführungsturnus. Art. 1 Nr. 46 PSG II (vom 21.12.2015, BGBl. I 2424) fügte mWv 1.1.2016 Abs. 1 S. 2 an. Abs. 3 wurde mWv 29.12.2022 durch Art. 8a Nr. 6 KHPfEG (vom 20.12.2022, BGBl. I 2793) angefügt und mWv 1.7.2023 neu gefasst durch Art. 1 Nr. 48 PUEG (vom 19.6.2023, BGBl. I Nr. 155). Abs. 4 wurde mWv 1.1.2024 angefügt durch Art. 7 Nr. 2 HaushaltsfinanzierungsG 2023 (vom 22.12.2023, BGBl. I Nr. 406).

II. Normzweck und Höhe der Zuführungen

§ 135 regelt die Ansparphase des Pflegevorsorgefonds bis 2033. Das BAS führt 2 nach Abs. 1 S. 1 jährlich einen Betrag in den Pflegevorsorgefonds ab, der insgesamt 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht, wobei eine Aufteilung auf 12 monatliche Raten erfolgt. Der Begriff der beitragspflichtigen Einnahmen ist missverständlich. Gemeint sind die **Gesamteinnahmen der sozialen Pflegeversicherung** aus Beiträgen an die Pflegekassen und den Ausgleichsfonds ohne die sonstigen Einnahmen wie zB Säumniszuschläge. Anhand des vorjährigen Beitragssatzes wird ermittelt, welcher Betrag auf 0,1 % der Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung entfiel. Abs. 1 S. 2 stellt klar, dass zur Berechnung der Beitragssatz gem. § 55 Abs. 1 herangezogen wird. Dies war auch schon den Materialien zu § 135 zu entnehmen (BT-Drs. 18/1798, 43, vgl. BT-Drs. 18/5926, 107). Nunmehr ist auch eine etwaige Erhöhung des Beitragssatzes gem. § 55 Abs. 1a zu berücksichtigen. Nicht geregelt ist die Berechnungsmethode für die Zuführung in den Pflegevorsorgefonds, wenn im Vorjahr eine **unterjährige Beitragssatzänderung** stattgefunden hat. In diesem Fall ist gesondert für die Zeiträume vor und nach der Beitragssatzänderung zu ermitteln, in welcher Höhe Beitragseinnahmen auf 0,1 % des Beitragssatzes entfielen. Diese Werte sind anschließend zu addieren. Für das Jahr 2022 beliefen sich die Abführungen an den Pflegevorsorgefonds nach Angaben des BAS auf 1,629 Mrd. EUR.

III. Allgemeine Zahlungsmodalitäten

Die Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds verteilen sich auf monatliche Zahlungs- 3 zu je einem Zwölftel von 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Vorjahres, die jeweils zum 20. des Monats fällig sind. Fällt das Fristende auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, verschieben sich nach § 26 SGB X (anwendbar in der sozialen Pflegeversicherung gem. § 46 Abs. 2 S. 6) die Fristen auf den nächstfolgenden Werktag.

Um ausreichend Zeit für die Ermittlung der Beitragseinnahmen des Jahres 2014 4 einzuräumen, erfolgte nach Abs. 2 die erste Teilzahlung zum 20.2.2015. Die Aufteilung der Zahlungen an den Pflegevorsorgefonds in **monatliche Raten** wird in BT-Drs. 18/2909, 44, damit begründet, dass das Portfoliomanagement der Bundesbank für kleinere Anlagebeträge eine deutlich schnellere Abwicklung der Investitionen ermögliche. Der RegE (BT-Drs. 18/1798, 14) hatte noch eine **vierteljährliche Zahlung** zum 15.4., 15.7., 15.10. und 15.1. des Folgejahres vorgesehen. Das Grundkonzept der jeweils nachlaufenden Zahlung ist aus dem RegE in die Gesetz gewordene Fassung übernommen worden. Auch wenn der Wortlaut dies nicht mehr hinreichend deutlich erkennen lässt, wird jeweils die Rate für den Vormonat entrichtet (ebenso 6. Pflegebericht, BT-Drs. 18/10707, 131).

Die Zuführung endet mit der Zahlung „für Dezember 2033“. Diese Angabe ist 5 nicht eindeutig, schon weil – anders als für den Zahlungsbeginn – kein konkretes

Zahldatum genannt wird. Der RegE sah noch vor, dass die Einzahlung in den Pflegevorsorgefonds mit der Zahlung „für das Jahr 2033“ endet (BT-Drs. 18/1798, 15). Aus dem hier zu Grunde gelegten Konzept der jeweils nachlaufenden Zahlung folgt, dass die Zahlung „für Dezember 2033“ am **20.1.2034** vorgenommen wird. Einzahlungs- und angestrebter Entnahmezeitraum sind damit nicht kongruent. Die Einzahlung erfolgt nur über einen Zeitraum von 19 Jahren, die Entnahme ist aber auf 20 Jahre angelegt (20. Teil des Realwertes des am 31.12.2034 vorhandenen Mittelbestandes gem. § 136 S. 2).

IV. Sonderfall 1: Zahlung für das Jahr 2023

- 6 Im Zuge der Maßnahmen zur Sicherung der kurzfristigen Liquidität für die soziale Pflegeversicherung (vor allem durch die Einführung von Bundeszuschüssen) hat der Gesetzgeber begleitend die Zuführung von Mitteln zum Pflegevorsorgefonds für das Jahr 2023 verschoben. Zunächst sah Abs. 3 vor, dass die Gesamtrate für das Jahr 2023 erst im Dezember 2023 gezahlt werden sollte, um die Liquidität der sozialen Pflegeversicherung in diesem Jahr kurzfristig zu stabilisieren und die Versorgung sicherzustellen (vgl. BT-Drs. 20/4708, 126). Die erneute Änderung auf zwölf Monatsraten im Jahr 2024 soll die Zuführungen in einer für die Mittelanlage der Deutschen Bundesbank operativ umsetzbaren Größenordnung halten, vgl. BT-Drs. 20/6544, 85. Im Jahr 2024 werden damit die Raten für 2023, dh monatlich jeweils ein Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 2022, sowie die gem. Abs. 4 verminderten Zuführungen in den Pflegevorsorgefonds eingezahlt.

V. Sonderfall 2: Zahlungen für die Jahre 2024–2027

- 7 Abs. 4 reduziert die Zahlungen für die Jahre 2024–2027 auf jährlich 700 Mio. EUR, was einer Minderung um 1 Mrd. EUR entsprechen soll (BT-Drs. 20/8298, 4). Die Reduzierung dient der Gegenfinanzierung der Mindereinnahmen, die sich aus der Aussetzung des Bundeszuschusses gem. § 61a Abs. 1 S. 2 für die Jahre 2024–2027 ergeben und soll so die Finanzstabilität der sozialen Pflegeversicherung sichern (vgl. BT-Drs. 20/8298, 24). Auch in den Jahren 2024–2027 wird die Zuführung in den Pflegevorsorgefonds nach Abs. 1 S. 2 auf zwölf monatliche Teilzahlungen verteilt. Abs. 1 S. 3 soll offenbar eine Selbstverpflichtung des Gesetzgebers ausdrücken, hat als einfaches Gesetzesrecht aber keine rechtliche Bindungswirkung für die Zukunft (→ Vor §§ 131–139 Rn. 5 ff.).

§ 136 Verwendung des Sondervermögens

¹Ab dem Jahr 2035 kann das Sondervermögen zur Sicherung der Beitragsatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden, wenn ohne eine Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragsatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht. ²Die Obergrenze der jährlich auf Anforderung des Bundesamtes für Soziale Sicherung an den Ausgleichsfonds abführbaren Mittel ist der 20. Teil des Realwertes des zum 31. Dezember 2034 vorhandenen Mittelbestandes des Sondervermögens. ³Erfolgt in einem Jahr kein Abruf, so können die für dieses Jahr vorgesehenen Mittel in den Folgejahren mit abgerufen werden, wenn ohne eine entsprechende Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragsatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht.

Übersicht

	R.n.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Verwendungszweck	3
IV. Jährliche Entnahmeobergrenze	5
V. Verfahren der Entnahme	6

I. Geltende Fassung

§ 136 wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 30 PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 1 2222) mWv 1.1.2015. Die Vorschrift hat die Fassung des Entwurfes der Bundesregierung, BT-Drs. 18/1798, 15, Begr. S. 43. Die Behördenbezeichnung in S. 2 wurde mWv 1.1.2020 geändert durch Art. 39 Nr. 11 Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (vom 12.12.2019, BGBl. I 2424).

II. Normzweck

§ 136 regelt die Entnahmephase des Pflegevorsorgefonds ab 2035. Die Vorschrift 2 gibt vor, für welche Zwecke und in welcher jährlichen Höhe die Mittel des Sondervermögens zu verwenden sind.

III. Verwendungszweck

S. 1 beschreibt die Kernaufgabe des Pflegevorsorgefonds. Danach dient das Son- 3 dervermögen ab dem Jahr 2035 dem Ziel, die **Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung** zu sichern. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass für die Geburtsjahrgänge 1959 bis 1967, die mit 1,24 Mio. bis 1,36 Mio. Menschen deutlich stärker besetzt sind als die davor und danach liegenden Jahrgänge, ab dem Jahr 2034 die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein, deutlich ansteige. Dementsprechend sei ab 2034 für etwa 20 Jahre eine besonders hohe Zahl von Pflegebedürftigen zu versorgen, was die Leistungsaufwendungen erheblich erhöhe und die Gefahr von Beitragssatzerhöhungen bzw. Leistungsabsenkungen nach sich ziehe (vgl. BT-Drs. 18/1798, 42). Das Vermögen des Pflegevorsorgefonds soll diese Folgen abmildern, indem ab dem Jahr 2035 jährlich ein bestimmter Betrag entnommen und zur Finanzierung der Aufwendungen zur sozialen Pflegeversicherung eingesetzt wird.

Die Entnahme aus dem Sondervermögen ist nur zulässig, wenn **anderenfalls** 4 **eine Beitragssatzanhebung** zur Deckung der Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung erforderlich wäre. Dabei darf die Beitragserhöhung nicht auf einer Ausweitung des Leistungskataloges beruhen (BT-Drs. 18/1798, 43). Dies hat zur Folge, dass im Falle einer echten Leistungsausweitung anhand einer Kostenschätzung die Höhe der hierauf entfallenden Beitragssatzanhebung kalkuliert und für die Zwecke des § 136 herausgerechnet werden müsste. Der Einschub, wonach eine **allgemeine Dynamisierung** unschädlich ist, erklärt eine Entnahme der Mittel des Pflegevorsorgefonds hingegen für zulässig, wenn die erforderliche Beitragssatzerhöhung nur darauf beruht, dass die von der sozialen Pflegeversicherung erbrachten Leistungen zum Inflationsausgleich angepasst werden (vgl. BT-Drs. 18/1798, 43).

IV. Jährliche Entnahmeobergrenze

- 5 Die Obergrenze des jährlich zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung verwendbaren Betrages wird in S. 2 auf den 20. Teil des Realwertes des zum 31.12.2034 vorhandenen Mittelbestandes festgelegt. Aus dem Ansatz des 20. Teiles ist das gesetzgeberische Konzept zu erkennen, dass eine Entnahme über einen Zeitraum von 20 Jahren erfolgen soll, wobei der Gesetzgeber selbst nur von „etwa“ diesem Zeitraum ausgeht (BT-Drs. 18/1798, 43). Nach den Materialien wurde auf den finanzwissenschaftlichen Begriff des **Realwertes** zurückgegriffen, um die tatsächliche Kaufkraft der zu entnehmenden Mittel trotz der Inflation über den Entnahmezeitraum von etwa 20 Jahren konstant zu halten (BT-Drs. 18/1987, 43). Da sich die Höhe der Inflation nicht im Voraus prognostizieren lässt, kann auch nicht ex ante bestimmt werden, wie hoch die jeweilige jährliche Entnahme sein muss, um den 20. Teil des Realwertes von Ende 2034 zu erreichen. Das Gesetz geht offenbar stillschweigend davon aus, dass die im Fonds nach dem Beginn der Entnahmephase ab 2035 verbleibenden Mittel weiterhin einen Ertrag abwerfen, der zumindest die Inflation ausgleicht. Erfolgt in einem Jahr kein Abruf, so können die für dieses Jahr vorgesehenen Mittel nach S. 3 auch in den Folgejahren – mit wie gem. S. 1 begrenzten Einsatzzweck – abgerufen werden. Insgesamt werden die Mittel des Pflegevorsorgefonds in den 2050iger Jahren erschöpft sein. Er gilt dann gem. § 139 als aufgelöst.

V. Verfahren der Entnahme

- 6 S. 2 legt fest, dass die Abführung aus dem Sondervermögen jährlich auf Anforderung des Bundesamtes für Soziale Sicherung an den Ausgleichsfonds erfolgt. Der genaue Zeitpunkt des Abrufes der Mittel und das Verfahren der Verteilung auf die Pflegekassen sind nicht ausdrücklich festgelegt. Zweckmäßig und wohl auch den Vorstellungen des Gesetzgebers entsprechend dürfte eine Einbeziehung in den Jahresausgleich gem. § 68 sein. Dieser wird aus Mitteln des Ausgleichsfonds vorgenommen und erfolgt nachlaufend.

§ 137 Vermögenstrennung

Das Vermögen ist von dem übrigen Vermögen der sozialen Pflegeversicherung sowie von seinen Rechten und Verbindlichkeiten getrennt zu halten.

I. Geltende Fassung

- 1 § 137 wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 30 PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015. Die Vorschrift hat die Fassung des Entwurfes der Bundesregierung, BT-Drs. 18/1798, 15, Begr. S. 43.

II. Normzweck

- 2 § 137 regelt das Verhältnis der Mittel des Pflegevorsorgefonds zu sonstigem Vermögen der sozialen Pflegeversicherung. Es gilt der Grundsatz der **Vermögenstrennung**. Der Gesetzgeber (BT-Drs. 18/1798, 43) begründet dies mit dem besonderen Verwendungszweck des Pflegevorsorgefonds, der anders als die übrigen Mittel in der sozialen Pflegeversicherung die besondere zukünftige Belastung der sozialen Pflegeversicherung abfedern solle, die sich aus dem Hineinwachsen der geburtenstarken Jahrgänge in die Altersgruppen mit erhöhtem Pflegerisiko ergibt. Um eine

vorzeitige Nutzung der Mittel der Leistungsfinanzierung auszuschließen, sei eine Trennung von den bereits bestehenden Mitteln notwendig. Der Bedarf nach einer solchen Anordnung erscheint vor dem Hintergrund fraglich, dass die Trennung der Mittel des Pflegevorsorgefonds von dem übrigen Vermögen der sozialen Pflegeversicherung schon mit der Verwaltung des Sondervermögens durch einen pflegeversicherungsfremden Träger vollzogen wird. Zudem ergibt sich die Gefahr des **vorzeitigen oder übermäßigen Zugriffs** auf die Mittel des Pflegevorsorgefonds nicht vorrangig durch die Akteure der sozialen Pflegeversicherung – insoweit ist keine Anspruchsgrundlage gegenüber der Bundesbank vorhanden –, sondern aus gesetzgeberischer Tätigkeit (vgl. → Vor §§ 131–139 Rn. 5 ff.). § 137 lässt sich die Wertung entnehmen, dass der Gesetzgeber die soziale Pflegeversicherung, dh die Pflegekassen (§ 1 Abs. 3), als Träger des Vermögens des Pflegevorsorgefonds ansieht.

§ 138 Jahresrechnung

¹Die Deutsche Bundesbank legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht über die Verwaltung der Mittel des Sondervermögens vor. ²Darin sind der Bestand des Sondervermögens einschließlich der Forderungen und Verbindlichkeiten sowie die Einnahmen und Ausgaben auszuweisen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Berichterstattung	3
IV. Rechnungslegung	4

I. Geltende Fassung

§ 138 wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 30 PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 1 2222) mWv 1.1.2015. Die Vorschrift hat die Fassung des Entwurfes der Bundesregierung, BT-Drs. 18/1798, 15, Begr. S. 44.

II. Normzweck

§ 138 soll Transparenz über die Entwicklung der Finanzen des Pflegevorsorgefonds schaffen, indem Berichts- und Rechnungslegungspflichten begründet werden. 2

III. Berichterstattung

S. 1 verpflichtet die Bundesbank, jährlich einen Bericht über die finanzielle Entwicklung des Pflegevorsorgefonds an das BMG zu erstatten. Aus den Materialien ergibt sich, dass die Berichtsinhalte auch in den Bericht der Bundesregierung über **die Entwicklung der Pflegeversicherung nach § 10** sowie in die jährliche statistische Berichterstattung über die finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung einfließen sollen. Im Bericht nach § 10 soll demnach auch dazu Stellung genommen werden, ob bzw. inwieweit es zur Erfüllung der Zielsetzungen des Vorsorgefonds Anpassungen bei der Höhe der Mittelabführung an den Fonds bedarf (BT-Drs. 18/1798, 44). Es bleibt abzuwarten, ob der für 2024 angekündigte Achte Pflegebericht schon die finanziellen Entwicklungen enthalten wird. 3

IV. Rechnungslegung

- 4 Nach S. 2 muss der Bericht den Bestand des Sondervermögens einschließlich der Forderungen und Verbindlichkeiten sowie die Einnahmen und Ausgaben ausweisen. Der Gesetzgeber knüpft an die gleichlautenden Vorgaben von § 10 VersRücklG an, die für die Versorgungsrücklage und den Vorsorgefonds des Bundes gelten. Auch wenn der Begriff der „Jahresrechnung“ in der Normüberschrift auf die Terminologie des § 77 Abs. 1 SGB IV zurückgreift, kommen damit nicht die Vorgaben des Haushalts- und Rechnungswesens der §§ 67 ff. SGB IV zur Anwendung. Daher schließen die besonderen Vorgaben des Haushalts- und Rechnungswesens der Sozialversicherungsträger (SVHV, SRVwV und SVRV) das Sondervermögen Pflegevorsorgefonds – anders als den Ausgleichsfonds, zB § 1 Abs. 1 S. 1 SRVwV – nicht mit in ihren Anwendungsbereichen ein. Nicht geregelt ist, welche allgemeinen **Bilanzierungsvorschriften** zur Anwendung kommen, um die Anlagegegenstände des Pflegevorsorgefonds zu bewerten. Es liegt nahe, die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung des HGB als maßgeblich zu erachten.

§ 139 Auflösung

Das Sondervermögen gilt nach Auszahlung seines Vermögens als aufgelöst.

I. Geltende Fassung

- 1 § 139 wurde eingefügt durch Art. 1 Nr. 30 PSG I (vom 17.12.2014, BGBl. I 2222) mWv 1.1.2015. Die Vorschrift hat die Fassung des Entwurfes der Bundesregierung, BT-Drs. 18/1798, 15, Begr. S. 44.

II. Normzweck

- 2 § 139 legt fest, dass der Pflegevorsorgefonds kraft Gesetzes als aufgelöst gilt, wenn seine Mittel erschöpft sind. Konsequenterweise endet auch die Berichtspflicht der Bundesbank gem. § 138, wenn der Pflegevorsorgefonds aufgelöst und vollständig abgewickelt worden ist.

Sechzehntes Kapitel. Überleitungs- und Übergangsrecht

Vorbemerkungen zu §§ 140 bis 146

Der **erste Abschnitt** des mit dem PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) eingefügten und im PSG III v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191; Bekanntmachung v. 9.1.2018, BGBl. I 126; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 410/16, BT-Drs. 18/9518, BT-Drs. 18/10510 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) sowie PpSG v. 11.12.2018 (BGBl. I 2394; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 376/18, BT-Drs. 19/4453, BT-Drs. 19/5593 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) ergänzten Sechzehnten Kapitels enthält in den §§ 140–143 Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, der vor allem die Zeitspanne bis Ende 2017, teilweise aber auch bis 2019 umfasst. Geregelt wird die Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade (§ 140) sowie der Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung, die bis Ende 2016 beansprucht werden konnten oder hätten beansprucht werden können (§ 141). § 142 enthält Übergangsregelungen für das Begutachtungsverfahren, § 143 Anpassungsregelungen für die private Pflege-Pflichtversicherung und für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (§§ 126 ff.) im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens. Der **zweite Abschnitt** enthält mit §§ 144–146 sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen. § 144 enthält eine Überleitungsregelung für Personen, die Ende 2014 nach der seinerzeitigen Fassung des § 38a einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag hatten (Abs. 1) sowie eine Übergangsregelung für die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten nach Landesrecht (Abs. 2), die die Zeit bis zur Einführung neuer landesrechtlicher Regelungen überbrücken soll. § 145 enthält eine Besitzstandsschutzregelung, die Menschen mit Behinderungen betrifft, die iSd SGB XI pflegebedürftig sind und Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege haben. § 146 enthält eine Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Abs. 3 hinsichtlich der Vergütungssätze (Abs. 1) und Anerkennung als Beratungsstellen (Abs. 2).

Die mit dem PSG II eingefügten Überleitungsregelungen verfolgen zwei wesentliche Ziele: Zum einen sollen bisherige Leistungsbezieher durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden als nach altem, bis Ende 2016 geltendem Recht. Daher erfolgt die Überleitung grundsätzlich in einen Pflegegrad, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind. Für Fälle, in denen dieses Ziel durch die in § 140 Abs. 2 geregelte „automatische“ Zuordnung von einer bisherigen Pflegestufe in einen neuen Pflegegrad nicht ohne weiteres sichergestellt ist, wird ein Besitzstandsschutz geschaffen (§ 141). Zum anderen sollen durch die Regelungen in § 142 umfangreiche Neubegutachtungen vermieden werden, um eine Überlastung der mit Begutachtungen betrauten Einrichtungen (MDK, Mediproof GmbH und andere Gutachter) im Zuge der Umstellung zu vermeiden.

Mit den §§ 144, 145 soll grundsätzlich gewährleistet werden, dass die Versicherten durch jeweilige Gesetzesänderungen – jedenfalls übergangsweise – keine leistungsrechtlichen Nachteile erfahren (Übertragbarkeit von Ansprüchen und Besitzstandsschutz). § 146 will für die Übergangsphase bis zur Vereinbarung von Pflegesätzen die Vergütung der beratenden Stellen sicherstellen und regelt, die Anerkennung bestimmter Pflegeeinrichtungen als Beratungsstellen.

**Erster Abschnitt. Regelungen zur Rechtsanwendung im
Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum
Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung
sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im
Rahmen der Einführung des neuen
Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

§ 140 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

(1) ¹Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. ²Der Erwerb einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht.

(2) ¹Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung,

1. bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe im Sinne der §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und
2. bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen,

werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Satz 3 einem Pflegegrad zugeordnet. ²Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. ³Für die Zuordnung gelten die folgenden Kriterien:

1. Versicherte, bei denen eine Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet
 - a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
 - b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
 - c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder
 - d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden;
2. Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet
 - a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 2,
 - b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 3,
 - c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 4,
 - d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, auch soweit

zusätzlich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.

(3) ¹Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 2 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt. ²Satz 1 gilt auch bei einem Erlöschen der Mitgliedschaft im Sinne von § 35 ab dem 1. Januar 2017, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird. ³Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, ist verpflichtet, der Pflegekasse, bei der die neue Mitgliedschaft begründet wird, die bisherige Einstufung des Versicherten rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. ⁴Entsprechendes gilt bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und einem Wechsel von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung.

(4) ¹Stellt ein Versicherter, bei dem das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen erneuten Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2016 nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht. ²Entsprechendes gilt für Versicherte bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Maßgeblichkeit der Antragstellung (Abs. 1)	3
IV. Pauschale Überleitung (Abs. 2)	9
V. Langfristige Wirkung der Überleitung (Abs. 3)	10
VI. Besitzstandsschutz bei verspäteter Antragstellung (Abs. 4)	12

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 2 Nr. 50 des PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 1 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) in das SGB XI eingefügt. Sie ist am 1.1.2017 in Kraft getreten.

II. Normzweck

Abs. 1 der Vorschrift legt fest, dass für die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit das zum Zeitpunkt der Antragstellung geltende Recht maßgebend ist. Rechtsfolgen für die Zeit nach dem 1.1.2017 hat das nur, soweit spätestens am 31.12.2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkeh-

rende Leistung der Pflegeversicherung vorlagen (BSG 17.2.2022 – B 3 P 6/20 R = SozR 4–3300 § 140 Nr. 1 Rn. 14 = BeckRS 2022, 14085, mAnm Waldhorst-Kahnau SGB 2022, 764 ff. sowie Kurzanmerkung Wabnitz NZS 2022, 831). Abs. 2 enthält Regelungen zur Überleitung der nach altem Recht beurteilten Pflegebedürftigen in das neue System der Pflegegrade nach § 15 Abs. 3. Die Überleitung erfolgt nach einem für alle Pflegebedürftigen (Abs. 2 S. 3 Nr. 1) und Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Abs. 2 S. 3 Nr. 2) einheitlichen System ohne erneute Begutachtung auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs; es findet vielmehr eine pauschale Überleitung statt, die im Einzelnen in § 140 Abs. 2 S. 3 geregelt ist. Der Pflegegrad, in den der Betroffene danach übergeleitet worden ist, bleibt nach Abs. 3 grundsätzlich auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1.1.2017 geltenden Recht beibehalten, es sei denn, die Begutachtung ergibt einen höheren Pflegegrad oder kommt zu dem Ergebnis, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr besteht. Schließlich erweitert Abs. 4 den Besitzstandsschutz noch auf die Fälle, bei denen bereits vor dem Überleitungszeitpunkt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen bzw. des Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz eingetreten war, der Höherstufungsantrag aber erst nach diesem Zeitpunkt gestellt wurde.

III. Maßgeblichkeit der Antragstellung (Abs. 1)

- 3 Abs. 1 regelt, welcher Rechtszustand bei der Entscheidung über einen Leistungsantrag maßgebend ist. Dies ist der Zeitpunkt der Antragsstellung. Für Anträge, die bis zum 31.12.2016, 24 Uhr, bei der Pflegekasse eingegangen (Zeitpunkt der Antragstellung ist der Eingang des Antrags bei der Pflegekasse) sind, ist der bis zu diesem Zeitpunkt geltende Rechtszustand auch dann anzuwenden, wenn die Verwaltungsentscheidung erst später ergangen ist. Hierzu die Entscheidung des BSG (17.2.2022 – B 3 P 6/20 R = SozR 4–3300 § 140 Nr. 1 Rn. 14 = BeckRS 2022, 14085, mAnm Waldhorst-Kahnau SGB 2022, 764 ff. sowie Kurzanmerkung Wabnitz NZS 2022, 831), wonach das Rechtsfolgen für die Zeit nach dem 1.1.2017 aber nur hat, soweit spätestens am 31.12.2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorlagen (Abs. 2 S. 1 Hs. 1 Nr. 2). Nur dann waren zum 31.12.2016 vorliegende Pflegestufen ab dem 1.1.2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung in einen der Pflegegrade nach neuem Recht überzuleiten (Abs. 2 S. 1 Hs. 2).
- 4 Nach seinem Regelungszweck dient Abs. 1 allein der Umsetzung der Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade nach Abs. 2 und enthält eine hierauf begrenzte Ausnahme von der Anwendbarkeit neuen Rechts. Auch den Gesetzesmaterialien zufolge sollte das Übergangs- und Überleitungsrecht neben der Entlastung von Verwaltung und begutachtenden Stellen ausschließlich dem Schutz solcher Pflegebedürftiger dienen, die „zum Umstellungsstichtag“ (BT-Drs. 18/5926, 140) am 31.12.2016 anspruchsberechtigt waren (BSG 7.2.2022 – B 3 P 6/20 R = SozR 4–3300 § 140 Nr. 1 Rn. 15 = BeckRS 2022, 14085, mAnm Waldhorst-Kahnau SGB 2022, 764 ff. sowie Kurzanmerkung Wabnitz NZS 2022, 831).
- 5 Ergibt die Begutachtung auf einen zuvor gestellten Antrag hingegen, dass eine nach den bei Antragstellung bis Ende 2016 geltenden Maßstäben anspruchsberechtigte Pflegebedürftigkeit erst später eingetreten ist, gehen die Feststellungen insoweit ins Leere, ohne dass Raum für eine analoge Anwendung des Übergangsrechts bleibt (BSG 17.2.2022 – B 3 P 6/20 R = SozR 4–3300 § 140 Nr. 1 Rn. 16 = BeckRS 2022, 14085).
- 6 Diese Anwendung der Rechtslage vor dem 1.1.2017 hat vor allem im Hinblick auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14) zum 1.1.2017 und

die gleichzeitig eingeführte stärkere Differenzierung des Leistungssystems von drei Pflegestufen zu fünf Pflegegraden grundlegende Bedeutung, weil der maßgebende Rechtszustand grundsätzlich auf Dauer die Zuordnung zu einem Pflegegrad bestimmt (s. Abs. 3). Das im Zeitpunkt der Antragstellung geltende Recht ist für das gesamte Verfahren von der Antragstellung über die Begutachtung bis zum Erlass des Leistungsbescheids maßgebend und gilt auch für ggf. nachfolgende Widerspruchs- und sozialgerichtliche Verfahren.

Lagen bei Antragstellung vor dem 1.1.2017 die Voraussetzungen für die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit nach altem Recht nicht vor, ist auf die Rechtslage nach dem 1.1.2017 abzustellen. Eine Überleitung kommt dann nicht in Betracht. Ein anhängiges Verfahren erledigt sich hierdurch nicht, sondern ist dann mit geändertem Rechtsmaßstab fortzusetzen: Auf eine beim Übergang zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff noch anhängige Klage können Pflegeleistungen ohne erneuten Leistungsantrag zuzuerkennen sein, wenn die dazu berechtigende Pflegebedürftigkeit erst nach Inkrafttreten des neuen Rechts eingetreten ist (BSG 17.2.2022 – B 3 P 6/20 R = SozR 4–3300 § 140 Nr. 1 Rn. 17 ff. = BeckRS 2022, 14085, mAnm Waldhorst-Kahnau SGB 2022, 764 ff. sowie Kurzanmerkung Wabnitz NZS 2022, 831; so auch LSG NRW 5.5.2022 – L 5 P 78/20 Rn. 71 = BeckRS 2022, 17366). Damit ist in solchen Konstellationen der behördliche und der gerichtliche Prüfungsumfang auf zwei Rechtslagen zu erstrecken (Wabnitz NZS 2022, 831).

S. 2 erweitert die Maßgeblichkeit des im Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts auf weitere Voraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung, die vor allem in den §§ 28 ff. geregelt sind.

IV. Pauschale Überleitung (Abs. 2)

Die Überleitung erfolgt gem. Abs. 2 von Gesetzes wegen pauschal und ohne Antragstellung sowie ohne erneute Begutachtung auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. auch LSG MV 10.12.2019 – L 6 P 6/19 Rn. 22 = BeckRS 2019, 35534). Vorausgesetzt wird allein, dass der Versicherte im Zeitpunkt der Überleitung am 31.12.2016 einer Pflegestufe zugeordnet war oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a festgestellt war (Abs. 2 S. 1 Nr. 1) und zusätzlich alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorlagen (Abs. 2 S. 1 Nr. 2), die vor allem in den §§ 28 ff. geregelt sind. Von der Überleitung betroffene Versicherte sind von ihrer Pflegekasse zu informieren (Abs. 2 S. 2). Den in Abs. 2 S. 3 aufgeführten Überleitungsregelungen liegt folgende Systematik zugrunde:

- Versicherte, die nach altem Recht einer Pflegestufe zugeordnet waren, bei denen aber nicht zugleich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt war, werden jeweils in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet; eine Besonderheit besteht bei der Pflegestufe III, aus der im Normalfall in den Pflegegrad 4 übergeleitet wird; eine Überleitung aus Pflegestufe III in den Pflegegrad 5 erfolgt in den Fällen, in denen zugleich das Vorliegen der Voraussetzungen eines Härtefalls nach §§ 36 Abs. 4 bzw. 43 Abs. 3 aF festgestellt worden waren (Abs. 2 S. 3 Nr. 1d).
- Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt war, werden um jeweils zwei Pflegegrade höher eingestuft. Dies führt bei derart betroffenen Versicherten, die nach altem noch keiner Pflegestufe zugeordnet waren (sog. Pflegestufe 0), zur Zuordnung in den Pflegegrad 2 (Abs. 2 S. 3 Nr. 2a) und bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz zur Überleitung in den Pflegegrad 5.

V. Langfristige Wirkung der Überleitung (Abs. 3)

- 10 Der sich aus der pauschalen Überleitung nach Abs. 2 ergebende Pflegegrad hat für den Versicherten auch bei Begutachtungen, die nach dem 1.1.2017 auf der Grundlage des neuen Begutachtungsinstruments (→ § 15 Rn. 7 ff.) durchzuführen sind, einen gewissen Bestandsschutz. Eine Änderung des Pflegegrades kommt nur dann in Betracht, wenn sich aus einer nachfolgenden Begutachtung eine Anhebung des Pflegegrades ergibt oder wenn die Neubegutachtung zu dem Ergebnis kommt, dass auf der Grundlage des neuen Begutachtungsinstruments Pflegebedürftigkeit nicht mehr vorliegt, dh die Voraussetzungen eines Pflegegrades nicht festgestellt werden können. Für die Feststellung, dass Pflegebedürftigkeit besteht, reicht es insoweit aus, dass zumindest die Voraussetzungen des Pflegegrades 1 (12,5 Gesamtpunkte gem. § 15 Abs. 3 S. 4 Nr. 1) weiterhin vorliegen.
- 11 Der zuvor beschriebene Bestandsschutz gilt auch bei einem Kassenwechsel bzw. einem Wechsel von einer Pflegekasse zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen bzw. umgekehrt. Abs. 3 S. 2 wurde auf Veranlassung des Gesundheitsausschusses eingefügt, weil andernfalls der Leistungsanspruch nach § 35 erlöschen würde und bei einem Neuantrag ausschließlich neues Recht zur Anwendung gekommen wäre (BT-Drs. 18/6688, 146).

VI. Besitzstandsschutz bei verspäteter Antragstellung (Abs. 4)

- 12 Abs. 4 regelt einen sehr speziellen, nur kurzzeitig relevanten Aspekt des Übergangs vom alten auf das neue Leistungssystem. Die Regelung betrifft Pflegebedürftige, bei denen Pflegebedürftigkeit oder das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach altem Recht durch Leistungsbescheid festgestellt war. Ist bei ihnen in der Zeit vor dem 1.1.2017 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, aber erst nach dem 1.1.2017 ein Höherstufungsantrag gestellt worden, sollen für den Zeitraum November/Dezember 2016 rückwirkend höhere Leistungen erbracht werden, weil § 48 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB X den Zeitpunkt der wesentlichen Änderung der Verhältnisse als maßgeblich ansieht. Die Bemessung der Leistungen soll sich in diesen Fällen nach neuem Recht bestimmen, obgleich sie für den Zeitraum vor dem 1.1.2017 zu leisten sind. Die Auswirkungen dieser Rückwirkungsvorschrift im Bereich der sozialen Sicherung der Pflegepersonen sind für die Rentenversicherung in § 141 Abs. 4a geregelt (vgl. hierzu BT-Drs. 18/6688, 146 f., zu Nr. 50).

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

(1) ¹Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, den §§ 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. ²Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich die Gewährung von Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. ³Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. ⁴Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) ¹Versicherte,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 140 Absatz 2 und 3 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung am 31. Dezember 2016 zustanden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. ²Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung festgelegt ist. ³Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag ist den Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern. ⁴Für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag gilt § 45b Absatz 3 entsprechend. ⁵Bei Versicherten, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag haben und deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen.

(3)–(3c) (aufgehoben)

- (4) ¹Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. ²Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(4a) ¹In den Fällen des § 140 Absatz 4 richten sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 des Sechsten Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. ²Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

- (5) ¹Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

²Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches eintritt.

(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 gelten die Absätze 4, 4a und 5 entsprechend.

(7) ¹Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflege Tätigkeit fort. ²Satz 1 gilt, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben. ³Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt.

(8) ¹Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 91 Absatz 2 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. ²Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Besitzstandsschutz bei häuslicher Pflege (Abs. 1)	4
IV. Überleitung bei Betreuungs- und Entlastungsleistungen (Abs. 2)	6
V. Besitzstandsschutz beim Eigenanteil in stationärer Pflege (Abs. 3 aF) und Erweiterungen des Besitzstandsschutzes beim Eigenanteil in stationärer Pflege (Abs. 3a–3c aF)	8
VI. Besitzstandsschutz für Pflegepersonen (Abs. 4–7)	11
VII. Bestandsschutz in Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung (Abs. 8)	16

I. Geltende Fassung

- 1 Die Abs. 1–3 und 4–7 des § 141 wurden durch Art. 2 Nr. 50 des PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]), die Abs. 3a–3c und 8 durch Art. 1 Nr. 25c und 25d des PSG III v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191; Bekanntmachung v. 9.1.2018, BGBl. I 126; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 410/16, BT-Drs. 18/9518, BT-Drs. 18/10510 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) sowie PpSG v. 11.12.2018 (BGBl. I 2394; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 376/18, BT-Drs. 19/4453, BT-Drs. 19/5593 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) in das SGB XI eingefügt. Zudem wurden in Abs. 2 die S. 4 und 5 angefügt, in Abs. 3 S. 3 und S. 5 eingefügt und S. 6 neu gefasst durch das PSG III; Abs. 3 S. 1 wurde durch das PSG III geändert. Die Vorschrift ist idF des PSG III am 1.1.2017 in Kraft getreten. Mit Art. 2 Nr. 39 des GVVW v. 11.7.2021 (BGBl. I 2754, Berichtigung v. 22.6.2022, BGBl. I 1025; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 12/21, BT-Drs. 19/26822, BT-Drs. 19/30550 [Beschlussempfehlung Ausschuss für Gesundheit], BT-Drs. 19/30560 [Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurden die Abs. 3–3c mWv 1.1.2022 aufgehoben.

II. Normzweck und Überblick

Die Vorschrift enthält Regelungen zur **Wahrung des Besitzstandes beim Leistungsumfang**, der dem Versicherten am Jahresende 2016 zustand. Leistungsberechtigte, die vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits Leistungen bezogen haben, sollen nach der Umstellung zumindest bei wiederkehrenden Leistungen betragsmäßig keine niedrigeren Leistungen erhalten. Dieses Ziel soll in erster Linie durch die Regelungen in § 140 zur Überleitung in die neuen Pflegegrade sichergestellt werden. Die Regelungen in § 141 sollen ergänzend Schlechterstellungen in Fällen vermeiden, die von § 140 nicht erfasst werden und die im Zeitpunkt der Umstellung nicht abschließend zu erkennen waren. Abs. 1 enthält Regelungen zum Besitzstandsschutz bei Leistungen der häuslichen und der teilstationären Pflege. Eine spezielle Übergangsregelung enthält Abs. 2 für Versicherte, die nach altem Recht für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b den erhöhten Betrag erhielten. Abs. 3–3c regelten bis 31.12.2021 (vgl. hierzu → Rn. 8 ff.) den Besitzstandsschutz (und dessen Erweiterung) bei der stationären Pflege hinsichtlich des Eigenanteils (bzw. des Zuzahlungsbetrages), weil durch den mit der Reform eingeführten einrichtungseinheitlichen Eigenanteil für Versicherte, die zuvor der Pflegestufe I zugeordnet waren eine höhere Belastung eingetreten wäre.

Abs. 4 regelt den **Besitzstandsschutz für Pflegepersonen**, die im Zeitpunkt der Überleitung der gepflegten Person wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren. Abs. 4a bezieht sich auf die Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen in den von § 140 Abs. 4 erfassten Fällen einer rückwirkenden Gewährung erhöhter Leistungen für die Monate November/Dezember 2016. In Abs. 5 S. 1 wird der Besitzstandsschutz für Pflegepersonen ab dem Zeitpunkt aufgehoben, zu dem entweder keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt oder der Status als Pflegeperson entfällt. Abs. 5 S. 2 lässt den Besitzstandsschutz nach Abs. 4 auch dann entfallen, wenn sich aus einer Änderung der pflegerischen Situation eine Änderung der Beitragshöhe nach § 166 Abs. 2 SGB VI ergibt oder ein Ausschlussgrund von der Rentenversicherungspflicht eintritt. Abs. 6 erstreckt die Anwendung der Abs. 4–5 auf Pflegepersonen, die ihre Alters- und Invaliditätsvorsorge in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung betreiben. Abs. 7 sichert den Bestandsschutz der Pflegepersonen in der gesetzlichen Unfallversicherung. Auch insoweit soll bei fortbestehender pflegerischer Versorgung durch die Umstellung auf das neue Recht keine Schlechterstellung erfolgen. Abs. 8 regelt den Besitzstandsschutz von Pflegebedürftigen, die von zugelassenen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, die keine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben.

III. Besitzstandsschutz bei häuslicher Pflege (Abs. 1)

Abs. 1 sichert den Bestandsschutz für alle regelmäßig wiederkehrenden Leistungen der häuslichen Pflege einschließlich der Leistungen nach § 45b aF (nach alter Terminologie: Betreuungs- und Entlastungsleistungen) sowie der durch das PNG eingeführten zusätzlichen Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach den §§ 123, 124 aF, die Versicherte am 31.12.2016 beanspruchen konnten. Kurzfristige Unterbrechungen des Leistungsbezugs schließen den Besitzstandsschutz nicht aus (Abs. 1 S. 4). Als kurzfristig sind etwa Krankenhausaufenthalte vor oder nach der Rechtsänderung anzusehen (vgl. Richter, Die neue soziale Pflegeversicherung, 2016, Rn. 312). Die betroffenen Leistungsarten sind in S. 1 aufgeführt: § 36 – Pflegesachleistung, § 37 – Pflegegeld, § 38 – Kombination von Sach- und Geldleistung, § 38a – Wohngruppenzuschlag, § 40 Abs. 2 – zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, § 44a – zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit, § 45b aF – zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie §§ 123, 124 aF – verbesserte Pflege-

leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41. Kein Bedarf für Bestandsschutzregeln wurde im Gesetzgebungsverfahren bei einmaligen Leistungen gesehen, wie zB Zuschüssen zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen, weil hier keine Änderungen in der Leistungshöhe erfolge. Auch bei der Kurzzeitpflege trete keine Änderung des Leistungsbetrags ein, weshalb der Gesetzentwurf zunächst ausdrücklich insoweit keine spezielle Bestandsschutzregelung enthielt (BT-Drs. 18/5926, 141 zu § 141 Abs. 1). Der Gesundheitsausschuss hielt dann doch eine klarstellende Vorschrift im Hinblick auf die Fälle für erforderlich, bei denen sich aus einer Kurzzeitpflege eine stationäre Dauerpflege entwickelt (Abs. 3a aF).

- 5 Die Besitzstandsschutzregelungen greifen grundsätzlich nur dann ein, wenn die **allgemeinen Leistungsvoraussetzungen**, die unabhängig von der Feststellung eines Pflegegrades vorliegen müssen, erfüllt sind. Dasselbe gilt für allgemeine Leistungsausschlussregelungen, wie das Ruhen von Leistungen nach § 34. Mit Abs. 1 S. 1 wird zudem klargestellt, dass die Besitzstandsregelungen sowohl in der sozialen als auch in der privaten Pflegeversicherung gelten.

IV. Überleitung bei Betreuungs- und Entlastungsleistungen (Abs. 2)

- 6 Abs. 2 regelt den Besitzstandsschutz bei dem erhöhten Betrag für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b Abs. 1 S. 2 aF. Durch den Wegfall des bisherigen § 45a sowie der damit zusammenhängenden Regelungen und die Einführung eines für alle Pflegebedürftigen einheitlichen Entlastungsbetrages in Höhe von 125 EUR in § 45b entfällt die Leistung eines erhöhten Betrages wie er vor der Rechtsänderung in § 45b Abs. 1 S. 2 enthalten war. Durch die Einbeziehung der Belange von Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist die Grundlage für eine Sonderbehandlung dieses Personenkreises durch spezielle Leistungen entfallen, weil der Grad der Hilfebedürftigkeit bereits im Rahmen der Einstufung in einen Pflegegrad berücksichtigt wird und damit letztlich (höhere) Leistungen auslöst. Bei der Überleitung in die neuen Pflegegrade wird bei Versicherten mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die am 31.12.2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hatten, zudem gem. § 140 ein sog. doppelter Stufensprung vorgesehen, um die Gleichstellung mit Pflegebedürftigen mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen möglichst weitgehend zu verwirklichen. Hierdurch werden die Versicherten mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Bezug auf ihre Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung bereits in erheblichem Umfang bessergestellt als nach altem Recht. Aus diesem Grund bewirkt der Verlust des Differenzbetrages zwischen dem bisherigen erhöhten Betrag in Höhe von 208 EUR monatlich und dem neu eingeführten einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 EUR monatlich – das sind 83 EUR monatlich – bei ihnen regelmäßig keine Minderung der Leistungen der Pflegeversicherung. Nur in den (seltenen) Fällen, in denen trotz des sog. doppelten Stufensprungs nach § 140 die (neuen) Ansprüche auf Leistungen nach den §§ 36, 37 oder 41 nicht um mindestens jeweils 83 EUR monatlich höher ausfallen, greift die Besitzstandsschutzregelung des Abs. 2 (→ § 45b Rn. 9); dies ergibt sich aus Abs. 2 S. 1 Nr. 2. Beim Vergleich von alter und neuer Leistungshöhe ist auch die zusätzliche Leistung nach § 123 in der am 31.12.2016 geltenden Fassung mit einzubeziehen. Der Zuschlag wird bei Bestehen eines Anspruchs auf den Entlastungsbetrag ohne erneuten Antrag gewährt. Wird der Entlastungsbetrag in der Zukunft angehoben, sinkt der Zuschlag entsprechend. Bestandsschutz ist stets nur eine Leistungshöhe von bis zu 208 EUR monatlich (Abs. 2 S. 2). Versicherte, die hiernach Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlas-

tungsbetrag haben, sind von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen schriftlich zu informieren (Abs. 2 S. 3).

Die durch das PSG III eingefügten S. 4 und 5 des § 141 Abs. 2 erweitern den Besitzstandsschutz für Bezieher von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, denen bisher ein Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von 208 EUR nach § 45b aF zustand und die die Voraussetzungen von Abs. 2 S. 1 Nr. 2 nicht erfüllen. § 45b Abs. 2 S. 4 nF schließt die Anrechnung des Zuschlags auf den Bedarf bei der Hilfe zur Pflege aus. Bis zum 31.12.2016 befand sich diese Regelung in § 13 Abs. 3a. Mit Abs. 2 S. 2 wird die Anrechnung auf Fürsorgeleistungen bei dem betroffenen Personenkreis in Höhe des Zuschlags von 83 EUR ausgeschlossen.

V. Besitzstandsschutz beim Eigenanteil in stationärer Pflege (Abs. 3 aF) und Erweiterungen des Besitzstandsschutzes beim Eigenanteil in stationärer Pflege (Abs. 3a–3c aF)

Durch Abs. 3 sollte sichergestellt werden, dass durch die Überleitung der Pflegesätze bzw. deren Neuverhandlung kein Pflegebedürftiger in der vollstationären Pflege, der schon vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Leistungen erhalten hat, einen höheren Eigenanteil am Pflegesatz (oft auch als Zuzahlung bezeichnet) entrichten muss. Der Zuschlag nach Abs. 3 sollte eine Erhöhung des Eigenanteils ab dem Umstellungszeitpunkt ausgleichen (näher hierzu die → 5. Aufl. 2017, § 141 Rn. 8).

Sodann sind die Abs. 3a–3c durch das PSG III in den § 141 eingefügt worden, um den Besitzstandsschutz bei stationärer Pflege umfassender auszugestalten (näher hierzu die → 5. Aufl. 2017, § 141 Rn. 9 ff.; zum Besitzstandsanspruch nach Abs. 3c vgl. auch LSG MV 8.7.2020 – L 6 P 10/19 = BeckRS 2020, 21030).

Der mit Abs. 3–3c geregelte Besitzstandsschutz für vollstationär versorgte Pflegebedürftige, die schon Ende 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, wurde schließlich mit Art. 2 Nr. 39 des **GVWG aufgehoben** (vgl. hierzu → Rn. 1). Der Besitzstandsschutz entfaltet nach Einführung der zeitlich gestaffelten Eigenanteilsbegrenzung keine Wirkung mehr, da die Besitzstandsschutzbeträge mit den Eigenanteilsreduzierungen verrechnet würden. Um hier für Klarheit in der Auslegung zu sorgen, entschloss sich der Gesetzgeber, die Regelungen zum vollstationären Besitzstandsschutz aufzuheben, ohne dass sich daraus für die Pflegebedürftigen materiellrechtlich eine Verschlechterung ergibt (BT-Drs. 19/30560, 80).

VI. Besitzstandsschutz für Pflegepersonen (Abs. 4–7)

Durch Abs. 4 wird für Pflegepersonen in nicht erwerbsmäßiger Pflege, die wegen dieser Tätigkeit schon unmittelbar vor der Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade rentenversichert waren, eine Weiterzahlung von Rentenversicherungsbeiträgen auf Basis des am 31.12.2016 geltenden Rechts ab dem Umstellungszeitpunkt vorgesehen, wenn diese höher waren als nach neuem Recht. Dadurch werden zeitnahe Neubegutachtungen in großer Anzahl vor allem in den Fällen, in denen mehrere Pflegepersonen den Pflegebedürftigen anteilig pflegen, vermieden. Die beitragspflichtigen Einnahmen sowohl nach altem Recht als auch nach neuem Recht knüpfen an einen bestimmten Prozentwert der (dynamischen) Bezugsgröße an. Der Besitzstandsschutz greift, wenn die aus dem jeweiligen Prozentwert der aktuellen Bezugsgröße resultierenden beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung (Besitzschutzbetrag) höher sind, als die entsprechenden beitragspflichtigen Einnahmen aus § 166 Abs. 2 SGB VI in der ab 1.1.2017 geltenden Fassung.

- 12 Abs. 4a enthält die Übertragung der speziellen Rückwirkungsregelung in § 140 Abs. 4 auf die rentenrechtliche Absicherung von Pflegepersonen in nicht erwerbsmäßiger Pflege.
- 13 Abs. 5 regelt die Beendigung des Besitzstandsschutzes bei ehrenamtlich Pflegenden. Der durch Abs. 4 begründete Besitzstandsschutz für Pflegepersonen soll nicht unbegrenzt gelten. Er endet nach S. 1 Nr. 1 und 2, wenn (insbesondere auf der Grundlage einer Neubegutachtung oder auf andere Art und Weise, zB aufgrund einer Änderungsmitteilung durch die Pflegeperson) festgestellt wird, dass bei der zu pflegenden Person die Voraussetzungen für eine Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach neuem Recht nicht mehr gegeben oder bei der Pflegeperson selbst die Voraussetzungen für die Anerkennung als Pflegeperson nach § 19 nF entfallen sind. Wird im Rahmen einer Begutachtung ein niedrigerer Pflegegrad bei der pflegebedürftigen Person ermittelt als der Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgte, bleibt der höhere Pflegegrad nach § 140 Abs. 3 maßgebend. Die Versicherungspflicht und die Beitragsbemessungsgrundlage richten sich in diesen Fällen nach dem Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgt. Der Besitzstandsschutz nach Abs. 4 endet nach Abs. 5 S. 2 auch, wenn sich maßgebende Änderungen im Pflegeverhältnis ergeben. Hier kommen etwa folgende Änderungen in Betracht: Eintritt eines höheren Pflegegrades bei der pflegebedürftigen Person, Änderung der Leistungart bei der pflegebedürftigen Person (zB Änderung der Zusammenstellung von Geld-, Kombinations- und Sachleistung), Hinzutreten einer weiteren Pflegeperson oder Änderung der jeweiligen Pflegequoten bei Mehrfachpflege. Solange sich keine Änderungen in den Pflegeverhältnissen ergeben, die schon am 31.12.2016 vorlagen, und das alte Recht günstiger ist, kommt den nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen grundsätzlich der Bestandsschutz ohne zeitliche Begrenzung zugute.
- 14 Abs. 6 überträgt den Besitzstandsschutz auf nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufständischen Versorgungseinrichtung auch in ihrer Pflgetätigkeit 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.
- 15 Abs. 7 regelt den Besitzstandsschutz von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen in der gesetzlichen Unfallversicherung. Auch insoweit soll durch die Umstellung auf das neue Recht keine Schlechterstellung erfolgen. Daher sieht Abs. 7 vor, dass die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung fortbesteht, sofern sich aus der Anwendung des neuen Rechts hinsichtlich der versicherten Tätigkeit keine günstigeren Ansprüche für die Pflegeperson ergeben. Der Besitzstandsschutz endet nach S. 3, wenn festgestellt wird, dass bei der zu pflegenden Person die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach neuem Recht nicht mehr gegeben sind.

VII. Bestandsschutz in Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung (Abs. 8)

- 16 Pflegebedürftige, die ambulant oder stationär von zugelassenen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, die keine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben, haben gem. § 91 Abs. 2 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, jedoch begrenzt auf 80 % des Betrages, der ihnen aufgrund ihres Pflegegrades zustünde. Ist dieser Leistungsbetrag ab dem 1.1.2017 niedriger als der Leistungsbetrag, der ihnen am 31.12.2016 zustand, haben sie nach Abs. 8 weiterhin Anspruch auf den höheren Leistungsbetrag. Dieser Bestandsschutz gilt auch für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

¹Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad überleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. ²Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck und Überblick	2
III. Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen	3
IV. Zwischenzeitlich aufgehobene befristete Änderungen der Begutachtungsregelungen	5

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 2 Nr. 50 des PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 1 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) in das SGB XI eingefügt. Sie ist am 1.1.2017 in Kraft getreten. Mit Art. 10 Nr. 27 MDK-Reformgesetz v. 14.12.2019 (BGBl. I. 2789; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 359/19, BT-Drs. 19/13397, BT-Drs. 19/14871 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) wurde die Vorschrift mWz 1.1.2020 an die Änderung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zum Medizinischen Dienst angepasst und die Abs. 2 und 3 wurden aufgehoben.

II. Normzweck und Überblick

Die Übergangsregelungen in § 142 dienen dem Ziel, die durch die Einführung 2 des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen neuen Begutachtungsinstruments auftretende zusätzliche Belastung des MDK und anderer Gutachter abzumildern. Einzelne organisatorische und Fristenregelungen in § 18 werden bzw. wurden zu diesem Zweck eingeschränkt bzw. aufgehoben. Der frühere Abs. 1 (nunmehr S. 1 und 2, vgl. → Rn. 1) setzt Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Abs. 2 S. 5 bis zum Jahresbeginn 2019 aus. Der frühere Abs. 2 verlängerte die in § 18 Abs. 3 S. 2 festgelegte Bearbeitungsfrist für Gutachten. Abs. 3 aF stellt die Pflegekasse bis Ende 2017 von der Verpflichtung frei, dem Antragsteller mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen. Die Abs. 2 und 3 aF (vgl. hierzu → Rn. 5 f.) wurden mit dem MDK-Gesetz mWz 1.1.2020 aufgehoben (vgl. → Rn. 1).

III. Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen

S. 1 lässt vorübergehend das Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen bei 3 Pflegebedürftigen zu, die nach § 140 Abs. 1 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad

übergeleitet wurden. Dies gilt grundsätzlich auch in den Fällen, in denen bei Begutachtungen auf der Grundlage des alten Rechts Wiederholungsbegutachtungen empfohlen worden sind (§ 33 Abs. 1 S. 4). Hierdurch werden Begutachtungen, die aufgrund von Änderungsanträgen erforderlich werden, etwa bei Anstieg der Pflegebedürftigkeit, nicht ausgeschlossen. Nach **S. 2** steht die Durchführung von Wiederholungsbegutachtungen zudem im Ermessen der Pflegekasse, wenn konkrete Hinweise für Verbesserungen der Pflegesituation vorliegen.

- 4 Das LSG Mecklenburg-Vorpommern (LSG MV 10.12.2019 – L 6 P 6/19 = BeckRS 2019, 35534) hat entschieden, dass eine unter Verstoß gegen § 142 Abs. 1 vorgenommene Wiederholungsbegutachtung nach § 18 Abs. 2 S. 5 zur **Unverwertbarkeit des Wiederholungsgutachtens** führt. In der Folge führt das regelmäßig auch dazu, dass der der Pflegekasse im Rahmen von § 48 Abs. 1 SGB X obliegende Besserungsnachweis nicht erbracht werden kann und ein auf dieser Norm beruhender Aufhebungsbescheid mithin rechtswidrig ist.

IV. Zwischenzeitlich aufgehobene befristete Änderungen der Begutachtungsregelungen

- 5 **Abs. 2 aF** setzte die Frist für die Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse über die Antragstellung bis Ende 2017 aus. Hiervon waren nur die Fälle ausgenommen, bei denen „ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf“ bestand (Näheres hierzu in der → 5. Aufl. 2017, § 142 Rn. 4; zu § 142 Abs. 2 aF vgl. auch LSG BW 11.12.2020 – L 4 P 48/20 Rn. 40 ff. = BeckRS 2020, 37326 Rn. 33 ff.). **Abs. 3** beschränkte die Verpflichtung der Pflegekasse zur Benennung von mindestens drei Gutachtern ebenfalls auf diejenigen Anträge, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf bestand.
- 6 Mit dem **MDK-Gesetz** wurden die Abs. 2 und 3 mWz 1.1.2020 **aufgehoben**. Die Aufhebung von Abs. 2 folgte der Streichung von § 18 Abs. 2b. § 18 Abs. 2b regelte, dass die generelle Frist zur Entscheidung über den Antrag auf Pflegeleistungen gem. § 18 Abs. 3 S. 2 im Zeitraum vom 1.11.2016 bis zum 31.12.2016 unbeachtlich ist. Abs. 2 aF bestimmte dazu, dass die generelle Frist zur Entscheidung über den Antrag auf Pflegeleistungen gem. § 18 Abs. 3 S. 2 im Zeitraum 1.1.2017 bis 31.12.2017 unbeachtlich ist. Da der von der Regelung betroffene Zeitraum in der Vergangenheit liegt, ist der Absatz – ebenso und aus gleichem Grund auch § 18 Abs. 2b – gegenstandslos und war daher zu streichen. Die Aufhebung des Abs. 3 aF folgte aus der Streichung von Abs. 2 (vgl. BT-Drs. 19/13397, 97).

§ 142a Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung

(1) ¹Um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen, hat der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Maßgaben des Absatzes 2 anzupassen. ²§ 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 findet Anwendung.

(2) ¹Den Anpassungen nach Absatz 1 sind die Ergebnisse mindestens einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 des Fünften Buches beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftig-

keit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. ²Die Studien nach Satz 1 haben ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem Zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich gleichzusetzen sind. ³Eine Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ist ausgeschlossen, wenn

1. es sich um eine erstmalige Untersuchung des Antragstellers handelt, in der geprüft wird, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,
2. es sich um eine Untersuchung aufgrund eines Widerspruchs gegen eine Entscheidung der Pflegekasse zum festgestellten Pflegegrad handelt,
3. es sich um eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern handelt oder
4. die der Begutachtung unmittelbar vorangegangene Begutachtung das Ergebnis enthält, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 nicht vorliegt.

⁴Sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt, angezeigt ist, sind in den Anpassungen nach Absatz 1 abschließend aufzuführen. ⁵Für Fallkonstellationen nach Satz 4 ist eine ergänzende oder alternative Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ausgeschlossen oder, sofern die Anwesenheit einer weiteren Person zur Unterstützung bei der Begutachtung angezeigt ist, nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich; die Anwesenheit der Unterstützungsperson ist vor Beginn der Begutachtung festzustellen. ⁶Gutachterinnen und Gutachter, die strukturierte telefonische Interviews durchführen, müssen über Vorerfahrungen in der Begutachtung mittels persönlicher Untersuchung von Versicherten in deren Wohnbereich verfügen; weitere Einzelheiten zu der Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern sind in den Anpassungen nach Absatz 1 vorzugeben.

(3) ¹§ 17 Absatz 2 findet Anwendung. ²Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird frühestens am 15. August 2023 wirksam. ³Die Nichtbeanstandung der nach Absatz 1 angepassten Richtlinien kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. ⁴Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.

(4) ¹Mit Wirksamwerden der nach Absatz 1 vorgenommenen Anpassungen der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 kann abweichend von den entsprechenden Bestimmungen des Zweiten Kapitels die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. ²Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview vor. ³Der Antragsteller ist über sein Wahlrecht nach Satz 2 durch die Gutachterin oder den Gutachter zu informieren; die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(5) ¹Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. ²Für die Berichterstattung nach Satz 1 beauftragt der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation von Begutachtungen, die auf Grundlage der Anpassungen nach Absatz 1 durchgeführt werden; der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich vorzulegen.

Übersicht	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Anpassung der Richtlinien nach § 17 Abs. 1 (Abs. 1)	5
IV. Anforderungen an die Anpassungen der Begutachtungs-Richtlinien nach Abs. 1 und Ausschluss eines telefonischen Interviews (Abs. 2) .	7
V. Genehmigung des BMG (Abs. 3)	12
VI. Verhältnis der Untersuchung im Wohnbereich zum telefonischen Interview (Abs. 4)	14
VII. Evaluation (Abs. 5)	17

I. Geltende Fassung

1 Die Vorschrift wurde durch das **PUEG** vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155) mWz 1.7.2023 neu eingefügt und ist zurückzuführen auf die **Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit** (vgl. zu Art. 1 Nr. 49, BT-Drs. 20/6983, 52 ff. und 96 ff.). Zu den Gesetzesmaterialien des PUEG vgl. BT-Drs. 20/6544 (Gesetzentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der FDP, Fraktion der SPD), BT-Drs. 20/6983 (Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit) und BT-Drs. 20/6984 (Bericht des Haushaltsausschusses) sowie BR-Drs. 220/23 (Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT) und BR-Drs. 220/1/23 (Empfehlung der Ausschüsse). Im Übrigen vgl. auch die Materialien zum wortgleichen und parallel verhandelten Gesetzesentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 165/23); hier va BR-Drs. 165/1/23 (Empfehlungen der Ausschüsse) und BT-Drs. 20/6869 (Gesetzesentwurf mit den Anlagen: Stellungnahme der BRReg zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates; Stellungnahme des BR und Gegenäußerung der BRReg).

II. Normzweck

2 Die Vorschrift basiert letztlich auf **§ 147 Abs. 1**, der es während der Coronavirus-Pandemie zum Schutz pflegebedürftiger Personen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren **übergangsweise** ermöglichte, dass Pflegegutachten aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen erstellt werden. Dabei war es möglich, die antragstellende Person und andere zur Auskunft fähige Personen (zB Angehörige, Nachbarn, Ärzte, Gutachtern etc.) in strukturierten Interviews telefonisch oder auf digitalem Weg zu befragen. **§ 142a** ermöglicht **nunmehr**, das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit **regelmäßig** mittels strukturierter Telefoninterviews, das heißt allein durch Sprachübermittlung am Telefon, bei bestimmten Personengruppen oder in bestimmten

Fallkonstellationen als Ergänzung oder Alternative zur persönlichen Untersuchung im Wohnbereich der versicherten Person zu prüfen (BT-Drs. 20/6983, 97).

Hintergrund der Vorschrift war sodann auch, dass der Bundesrat feststellte, dass ausgehend von der überproportional ansteigenden Anzahl an Begutachtungsverfahren ein stark ansteigender Personalaufwand in den MD zu verzeichnen sei und dieser noch weiter zunehmen werde. Unter Berücksichtigung der im Laufe der Corona-Pandemie seitens der Medizinischen Dienste gemachten positiven Erfahrungen mit der Beurteilung durch strukturierte Telefoninterviews sowie des sich verschärfenden Fachkräftemangels im Pflegebereich sei die Beurteilung im telefonischen Kontakt in bestimmten Fällen und unter definierten Voraussetzungen eine sachgerechte Alternative zur Begutachtung in der Häuslichkeit (BT-Drs. 20/6869, 23). Hierzu gab es von der Bundesregierung eine Prüfzusage mit der Prämisse, dass auch weiterhin ein gleichberechtigter und qualitätsgesicherter Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung gewährleistet ist (BT-Drs. 20/6869, 41).

Allerdings zeigen die Erfahrungen des MD, dass für bestimmte Fallkonstellationen (bspw. bei erstmaligen Pflegebegutachtungen) eine telefonische Befragung nicht sinnvoll ist. Daher wurde die Möglichkeit zur Durchführung von Telefoninterviews mit den **Voraussetzungen nach Abs. 2** eingeschränkt (vgl. BT-Drs. 20/6983, 97).

III. Anpassung der Richtlinien nach § 17 Abs. 1 (Abs. 1)

Nach **Abs. 1 S. 1** hat der MD Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die **Richtlinien nach § 17 Abs. 1** unter Berücksichtigung der Maßgaben des Abs. 2 **anzupassen**, um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen. Der Verweis auf Abs. 2 stellt sicher, dass die Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien auf den Ergebnissen mindestens einer pflegewissenschaftlichen Studie beruht, in der festgestellt wurde, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Pflegebegutachtung ergänzend oder alternativ zur persönlichen Untersuchung der versicherten Person durch ein strukturiertes Telefoninterview erfolgen kann. Dabei müssen die Studie oder die Studien fachlich begründete Aussagen dahingehend treffen, ob die Ergebnisse durch diese Begutachtungsform den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung hinsichtlich des Pflegegrades und den gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach § 18 gleichzusetzen sind (vgl. BT-Drs. 20/6983, 97). Die Anpassungen der Beurteilungs-Richtlinien müssen auch der Problematik gerecht werden, dass bei einem Verzicht auf eine persönliche Untersuchung im Wohnbereich einerseits und einer zeitgleichen und interessengerichteten Unterstützung der antragstellenden Person durch Dritte (zB Angehörige, Pflegepersonen, Pflegedienste etc) andererseits, ein besonderes Maß an Manipulationsmöglichkeiten besteht.

Abs. 1 S. 2 sieht die Beteiligung weiterer Vereinigungen und (Spitzen-)Verbände vor und verweist insoweit auf § 17 Abs. 1 S. 2–6.

IV. Anforderungen an die Anpassungen der Begutachtungs-Richtlinien nach Abs. 1 und Ausschluss eines telefonischen Interviews (Abs. 2)

Abs. 2 S. 1 u. 2 bestimmen, dass **den Anpassungen der Begutachtungs-Richtlinien** nach Abs. 1 die Ergebnisse mindestens einer durch den MD Bund oder durch einen MD nach § 278 SGB V beauftragten **pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen** sind. Dabei muss die Studie fachlich begründete

Aussagen dazu treffen, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. Weiter haben diese Studien ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem Zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich gleichzusetzen sind.

- 8 Aufgrund bisheriger Erfahrungen und Erkenntnisse der MD mit der telefonischen Begutachtung ergibt sich, dass bestimmte Begutachtungssituationen von vornherein nicht für eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes Telefoninterview in Frage kommen (BT-Drs. 20/6983, 97). So bestimmt Abs. 2 S. 3 einen **zwingenden Katalog**, nachdem eine Begutachtung aufgrund eines strukturierten **telefonischen Interviews ausgeschlossen** ist:

- Erstbegutachtung (Abs. 2 S. 3 Nr. 1): Bei einer Erstbegutachtung kommt es besonders darauf an, eine unmittelbare Einschätzung der Pflegebedürftigkeit der antragstellenden Person in ihrem Lebensumfeld (Wohnsituation, Sicherstellung der Pflege, Erfolgsaussichten von präventiven und rehabilitativen Angeboten oder weiteren Leistungen) zu gewinnen (BT-Drs. 20/6983, 97).
- Begutachtung im Widerspruchsverfahren (Abs. 2 S. 3 Nr. 2): Die Einlegung eines Widerspruchs gegen den festgestellten Pflegegrad ist seitens der Antragsteller mit hohen Erwartungen verbunden, denen eine telefonische Abklärung regelmäßig nicht entsprechen kann (BT-Drs. 20/6983, 97).
- Begutachtung von Kindern (Abs. 2 S. 3 Nr. 3): Auch die Begutachtung von Kindern verlangt in besonderer Weise Kenntnisse und Einfühlungsvermögen in die Situation des zu begutachtenden Kindes sowie einer besonderen Sorgfalt und Sensibilität der Gutachterinnen und Gutachter, um Pflegebedürftigkeit zutreffend feststellen zu können; dem kann bei einer Begutachtung allein durch eine Sprachübermittlung nicht verlässlich nachgekommen werden (BT-Drs. 20/6983, 97).
- Negative Vorbegutachtung (Abs. 2 S. 3 Nr. 4): Einer Erstbegutachtung ist die Konstellation gleichzusetzen, dass eine vorherige Begutachtung nicht zur Feststellung vorliegender Pflegebedürftigkeit geführt hat (BT-Drs. 20/6983, 97).

- 9 Abs. 2 S. 4 gibt für die Anpassungen der Begutachtungs-Richtlinien nach Abs. 1 weiter vor, dass sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen aufzuführen sind, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt (die Gesetzesmaterialien sprechen insoweit von einem „gesundheitlich bedingten Unterstützungsbedarfs der antragstellenden Person“, BT-Drs. 20/6983, 97), „angezeigt“, also geeignet ist.

- 10 **Abs. 2 S. 5** nimmt auf die **Fallkonstellationen nach Abs. 2 S. 4** Bezug und bestimmt als **Rechtsfolge**, dass eine ergänzende oder alternative Begutachtung aufgrund eines strukturierten **telefonischen Interviews ausgeschlossen** ist, **oder**, sofern die Anwesenheit einer weiteren Person zur Unterstützung bei der Begutachtung angezeigt ist, **nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich** ist. Zur Unterstützungserfordlichkeit durch eine andere Person gehen die Gesetzesmaterialien davon aus, dass dies insbesondere aufgrund eines gesundheitlich bedingten Unterstützungsbedarfs der antragstellenden Person der Fall sein kann oder wenn eine sprachliche Verständigung mit der zu begutachtenden Person nicht möglich ist. Weitere Einzelheiten zu den genannten und vergleichbaren Fallkonstellationen sind in den Begutachtungs-Richtlinien zu regeln (BT-Drs. 20/6983, 97). Soweit das

Gesetz mit dem **letzten Halbsatz des S. 5** normiert, dass die Anwesenheit der Unterstützungsperson vor Beginn der Begutachtung festzustellen ist, bedeutet dies letztlich nichts anderes, als dass eine entsprechende **Dokumentation** im Gutachten zu erfolgen hat. Ohne dass es im Gesetzeswortlaut eigenen Niederschlag gefunden hätte, weisen die Gesetzesmaterialien – letztlich aber ohnehin nur klarstellend – darauf hin, dass die Anforderungen an den **Datenschutz und die Datensicherheit** zu beachten sind (BT-Drs. 20/6983, 97).

Da die Möglichkeit zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit aufgrund strukturierter Telefoninterviews erstmals Eingang in die Begutachtungs-Richtlinien findet und damit eine neue Begutachtungsform ermöglicht wird, sind telefonische Begutachtungen „vorzugswürdig“ (so BT-Drs. 20/6983, 97) durch Gutachter vorzunehmen, die bereits Erfahrung mit der Erstellung von Pflegegutachten im Wohnbereich des Versicherten nachweisen können. Das Gesetz ist hier strenger, indem **Abs. 2 S. 6** vorschreibt, dass **Gutachter**, die strukturierte telefonische Interviews durchführen, **über Vorerfahrungen in der Begutachtung** mittels persönlicher Untersuchung von Versicherten in deren Wohnbereich **verfügen müssen**. Die Erweiterung des Gutachterkreises durch die Ergänzung „vorzugswürdig“ findet sich im Gesetzeswortlaut nicht wieder. Jedenfalls sind weitere Einzelheiten zu der Qualifikation der Gutachtern in den Anpassungen nach Abs. 1 vorzugeben (**Abs. 2 S. 6 Hs. 2**). 11

V. Genehmigung des BMG (Abs. 3)

Durch **Abs. 3 S. 1** wird die Anwendung von § 17 Abs. 2 vorgegeben und damit die Änderung der Beurteilungs-Richtlinien unter den **Genehmigungsvorbehalt des BMG** gestellt. Nach § 17 Abs. 2 S. 2 gilt die Genehmigung als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem BMG vorgelegt worden sind, beanstandet werden. **S. 2** gibt sodann konkretisierend vor, dass eine Genehmigung des BMG frühestens am 15.8.2023 wirksam wird – jede davor erfolgte Änderung der Beurteilungs-Richtlinien iSd Abs. 1 hat selbst bei formell vorliegenden der Genehmigung durch das BMG noch keine Wirksamkeit. 12

Mit **Abs. 3 S. 3 u. 4** ist klargestellt, dass kein Alles-oder-Nichts-Prinzip gilt. Sofern das BMG mit den angepassten Richtlinien nicht gänzlich einverstanden ist, kann es die Nichtbeanstandung mit **Auflagen** und auch mit entsprechender **Fristsetzung** versehen. Beanstandungen des BMG sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben (Abs. 3 S. 1 iVm § 17 Abs. 2 S. 3). Verstreicht die Frist fruchtlos, gilt die Genehmigung als nicht erteilt. 13

VI. Verhältnis der Untersuchung im Wohnbereich zum telefonischen Interview (Abs. 4)

Mit dem Wirksamwerden der angepassten Begutachtungs-Richtlinien (vgl. dazu auch Abs. 3) ist – in Abweichung von § 18 Abs. 2 S. 1 – im Rahmen der Anpassungen die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad **ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich durch ein strukturiertes Telefoninterview** möglich (**Abs. 4 S. 1**). 14

Allerdings hat die Gutachterin oder der Gutachter dem Wunsch der antragstellenden Person, persönlich in ihrem Wohnbereich untersucht zu werden, nachzukommen. Die Möglichkeit der telefonischen Begutachtung darf nicht dazu führen, dass dem Anliegen der zu untersuchenden Person, in ihrer konkreten Situation in der für sie bestmöglichen Weise begutachtet zu werden, entgegengewirkt wird (BT- 15

Drs. 20/6983, 98). Deswegen bestimmt **Abs. 4 S. 2** klar und unmissverständlich: **Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview vor.**

- 16 Die antragstellende Person ist durch den Gutachter im Rahmen der Terminabsprache **über ihre Wahlmöglichkeit der Begutachtungsform** (Untersuchung persönlich im Wohnbereich oder strukturiertes telefonisches Interview) **zu informieren (Abs. 4 S. 3 Hs. 1)**. Die Entscheidung ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch **zu dokumentieren (Abs. 4 S. 3 Hs. 2)**. Klarstellend wird mit den Gesetzesmaterialien vorgegeben, dass ein aufgrund der gewählten Begutachtungsform gegebenenfalls früherer oder späterer Begutachtungstermin die Entscheidung der antragstellenden Person nicht beeinflussen darf (BT-Drs. 20/6983, 98). Defacto bedeutet dies, dass der Gutachter iR der Information über das Wahlrecht nicht auf längere oder kürzerer Bearbeitungszeiten aufmerksam machen darf. Hätte der Gesetzgeber diese Programmatik in den Gesetzestext gefasst, hätte sich daraus noch mehr ergeben können: Die Pflegekassen hätten Gewähr bieten müssen, dass es bei den unterschiedlichen Begutachtungsarten nicht zu unterschiedlichen Bearbeitungszeiten kommt.

VII. Evaluation (Abs. 5)

- 17 Die auf Grundlage der Neuregelung des § 142a gesammelten Erkenntnisse müssen nach Ansicht des Gesetzgebers begleitend und systematisch ausgewertet werden (BT-Drs. 20/6983, 98), so dass es zu einer Ergänzung der bestehenden Berichtspflichten aus § 18d kommt. Daher hat der **MD Bund dem BMG** bis zum 30.6.2024 über die Erfahrungen der MD mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 **zu berichten (Abs. 5 S. 1)**. Zu diesem Zweck hat der MD Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation der Begutachtungspraxis im Hinblick auf die vorgenommenen Anpassungen nach Abs. 1 und deren Umsetzung zu beauftragen (**Abs. 5 S. 2 Hs. 1**). Sobald dieser **Evaluationsbericht** vorliegt, ist er dem BMG – unabhängig von der Frist aus Abs. 5 S. 1 bzw. der Vorlage des dortigen Berichts – unverzüglich vorzulegen (**Abs. 5 S. 2 Hs. 2**). Zutreffend weisen die Gesetzesmaterialien darauf hin, dass für die Evaluierung auch die Möglichkeiten nach § 18e genutzt werden können.

§ 143 Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversicherungsverträge

(1) Bei einer Pflegeversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird und bei der das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen ist, kann der Versicherer seine Allgemeinen Versicherungsbedingungen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse entsprechend den Vorgaben nach § 140 ändern, soweit der Versicherungsfall durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach den §§ 14 und 15 bestimmt wird.

(2) ¹Der Versicherer ist zudem berechtigt, auch für bestehende Versicherungsverhältnisse die technischen Berechnungsgrundlagen insoweit zu ändern, als die Leistungen an die Pflegegrade nach § 140 Absatz 2 und die

Prämien daran angepasst werden. ²§ 155 Absatz 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes findet Anwendung.

(3) ¹**Dem Versicherungsnehmer sind die geänderten Versicherungsbedingungen nach Absatz 1 und die Neufestsetzung der Prämie nach Absatz 2 unter Kenntlichmachung der Unterschiede sowie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. ²Anpassungen nach den Absätzen 1 und 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.**

(4) **Gesetzlich oder vertraglich vorgesehene Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers bleiben hiervon unberührt.**

Übersicht	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2
III. Anwendbarkeit des Sonderanpassungsrechts	5
IV. Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Abs. 1)	6
V. Anpassung der Prämien (Abs. 2)	10
VI. Mitteilung und Wirksamwerden der Bedingungs- und Beitragsänderungen (Abs. 3)	14
VII. Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers (Abs. 4)	15

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift ist durch das PSG II vom 21.12.2015 (BGBl. I 2424) mWv 1 1.1.2017 eingeführt worden. Durch Art. 2 Nr. 40 des GVWG vom 11.7.2021 (BGBl. I 2754) wurde mWv 20.7.2021 der Verweis auf das VAG in Abs. 2 S. 2 aktualisiert (vgl. BT-Drs. 19/30560, 80).

II. Normzweck

Durch das PSG II wurde zum 1.1.2017 der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 geändert und die bisherigen drei Pflegestufen sowie die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a (in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung) durch fünf Pflegegrade nach § 15 ersetzt. Auch die Leistungen wurden an diese Änderungen angepasst und in §§ 140 ff. ein Bestandschutz vorgesehen. Aufgrund dieser Änderungen gibt § 143 den Versicherern ein Sonderanpassungsrecht, das ihnen die Bedingungs- und Beitragsanpassung in der privaten Pflegepflichtversicherung und bestimmten Pflegezusatzversicherungen ermöglicht.

Weil in der privaten Pflegepflichtversicherung nach § 23 Abs. 6 Nr. 1 die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach denselben Maßstäben wie in der sozialen Pflegeversicherung festzustellen sind und § 23 Abs. 1 S. 2 hinsichtlich der Leistungsart und -höhe ein Gleichwertigkeitsgebot enthält (hierzu → § 23 Rn. 29 ff.), müssen die Änderungen aufgrund des PSG II ebenso in der privaten Pflegepflichtversicherung nachvollzogen werden. Dies gilt grundsätzlich entsprechend für Pflegezusatzversicherungen, damit diese nicht ihre Ergänzungsfunktion verlieren (s. auch BT-Drs. 18/5926, 145). In der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung ergibt sich dies aus § 127 Abs. 2 S. 1 Nr. 4, Nr. 5. Folglich müssen auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Pflegepflichtversicherung und dieser Pflegezusatzversicherungen für bestehende Versicherungs-

verhältnisse entsprechend angepasst werden. Hierfür wurde § 143 Abs. 1 als Ermächtigungsgrundlage geschaffen.

- 4 Die Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs führt teilweise auch zu Leistungserhöhungen und aufgrund der Bestandsschutzregelungen zu Mehrausgaben. Es war somit absehbar, dass auch die Beiträge angepasst werden müssten, wenn weiterhin das **Leistungsversprechen** der privaten Pflegeversicherungen **eingehalten** und die **Ergänzungsfunktion** der Pflegezusatzversicherungen **gewährleistet** werden sollte. Daher war die Einführung des Abs. 2 notwendig, um insofern eine Änderung der technischen Berechnungsgrundlagen zuzulassen.

III. Anwendbarkeit des Sonderanpassungsrechts

- 5 Das Sonderanpassungsrecht des § 143 findet nach Abs. 1 nur Anwendung auf private Pflegeversicherungsverträge, bei denen die **Prämie nach Art der Lebensversicherung** berechnet wird und das **ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers** gesetzlich oder vertraglich **ausgeschlossen** ist. Außerdem ist die Bedingungs- und Beitragsanpassung nach § 143 in den privaten Pflegeversicherungsverträgen nur zulässig, soweit der **Versicherungsfall** durch den **Pflegebedürftigkeitsbegriff nach §§ 14 und 15** bestimmt wird (Abs. 1 aE). Diese Voraussetzungen erfüllen nach § 146 VAG, § 23 Abs. 1 S. 2, Abs. 6 Nr. 1 die Verträge der privaten Pflegepflichtversicherung und nach § 127 Abs. 2 S. 1 Nr. 1, Nr. 3, Nr. 4, Nr. 5 die Verträge der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung. Bei allen anderen privaten Pflegezusatzversicherungen ist die Anwendbarkeit des Sonderanpassungsrechts des § 143 abhängig von der jeweiligen Vertragsgestaltung. Hinsichtlich der Definition des Versicherungsfalls ist dabei unbeachtlich, ob ausdrücklich die Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 genannt wird oder ob sie durch Wiedergabe des Wortlauts der beiden Vorschriften definiert wird.

IV. Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Abs. 1)

- 6 Eine Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen privater Pflegeversicherungen ist nach Abs. 1 für bereits bestehende Versicherungsverhältnisse in dem dort bestimmten Umfang und bei Vorliegen der unter → Rn. 5 beschriebenen Voraussetzungen möglich. Als **Umfang** für die Änderung wird vorgegeben, dass dieser sich nach den **Vorgaben des § 140** bestimmt. § 140 regelt die Überleitung der Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung und sozialen Pflegeversicherung von Pflegestufen in Pflegegrade ohne Begutachtung, wenn deren Pflegebedürftigkeit bereits am 31.12.2016 vorlag und sie zu dem Zeitpunkt bereits die Anspruchsvoraussetzungen regelmäßig wiederkehrender Leistungen der Pflegeversicherung erfüllten (s. § 140). Sie erhalten Bestandsschutz auf den Pflegegrad, in den sie übergeleitet worden sind, solange die Pflegebedürftigkeit besteht (§ 140 Abs. 3). Diese Vorgaben sind bei der Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Abs. 1 zu beachten.
- 7 Daher müssten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einer Pflegezusatzversicherung vorsehen, dass diejenigen, die bereits vor dem 1.1.2017 Leistungen bezogen haben, die bisherigen Leistungen, zB das Pflegegeld, mindestens in derselben Höhe weiter erhalten. Dies dient der Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer nach § 203 Abs. 3 VVG.
- 8 Konsequenter Weise muss auch der Versicherungsfall, der bislang als Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung definiert war, in den Bedingungen neu definiert und damit an den ab 1.1.2017 geltenden Begriff

der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 angepasst werden. Infolgedessen wären auch die prozentualen Leistungsstufen der Pflegezusatzversicherungen an die Pflegegrade anzupassen. Weil sich Pflegestufen und Pflegegrade nicht entsprechen, ist zur Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer nach § 203 Abs. 3 VVG eine kollektive Betrachtung vorzunehmen. Dazu werden die bisherigen Leistungsaufwendungen des jeweiligen Tarifs so auf die Pflegegrade verteilt, dass allein diese Verteilung insgesamt nicht zu höheren Leistungsaufwendungen führen wird. Auf der Grundlage werden die neuen prozentualen Leistungsstufen für die Pflegegrade ermittelt. Sie müssen so gestaltet sein, dass sie bis zum höchsten Pflegegrad hin ansteigen.

In der **privaten Pflegepflichtversicherung** ist eine **Bedingungsanpassung** nach 9 Abs. 1 zum 1.1.2017 erforderlich, um den Vorgaben des § 23 Abs. 1 S. 2 und Abs. 6 Nr. 1 zu genügen (→ Rn. 3; BT-Drs. 18/5926, 145). Auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der **geförderten ergänzenden Pflegeversicherung** sind zum 1.1.2017 nach Abs. 1 anzupassen, um die **Förderfähigkeit** des jeweiligen GEPV-Tarifs nach § 127 Abs. 2 S. 1 Nr. 4, Nr. 5 zu erhalten (→ Rn. 3; BT-Drs. 18/5926, 145).

V. Anpassung der Prämien (Abs. 2)

Ist das Sonderanpassungsrecht nach Abs. 1 auf bestehende private Pflegeversicherungsverträge grundsätzlich anwendbar, ermöglicht Abs. 2 bei diesen Verträgen auch eine Anpassung der Prämien. Ansonsten würde sich die Prämienanpassung nach § 203 Abs. 1, 2 VVG richten. Eine Prämienanpassung zum 1.1.2017 wäre danach allein aufgrund der Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II nicht möglich, weil vor der Prämienanpassung zunächst die auslösenden Faktoren anspringen müssen. Letzteres kann jedoch erst nach Inkrafttreten des PSG II festgestellt werden. 10

Die Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1.1.2017 stellt eine grundlegende Änderung dar, die die Anzahl der Anspruchsberechtigten vergrößern könnte, die Leistungen teilweise erhöht und auf die fünf Pflegegrade neu verteilt hat, so dass bereits vor Inkrafttreten eine Leistungsausweitung zu erwarten war. Wie dargestellt wäre eine Prämienanpassung in der privaten Pflegeversicherung nach § 203 VVG jedoch erst im Nachhinein möglich, nicht bereits im Vorgriff auf Leistungsausweitungen, die durch eine Gesetzesänderung herbeigeführt werden. Die kalkulierten Prämien wären dann voraussichtlich zu gering, um die vertraglich zugesagten Leistungen finanzieren zu können. Daher ermöglicht Abs. 2 bereits zum Inkrafttreten des PSG II die Anpassung der Prämien an die den Pflegegraden nach § 140 Abs. 2 zugeordneten Leistungen (s. auch BT-Drs. 18/5926, 145). Dementsprechend können auch die technischen Berechnungsgrundlagen der betroffenen bestehenden Versicherungsverhältnisse geändert werden. In die Kalkulation der neuen Prämien aufgrund von Abs. 2 können allerdings nur die gesetzlichen Änderungen einbezogen werden, die sich aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1.1.2017 ergeben. Das OLG Karlsruhe führt in seinem Urteil vom 17.1.2023 zum Umfang der Kalkulation aus und sieht in Abs. 2 keine Gründe für eine Einschränkung (OLG Karlsruhe 17.1.2023 – 12 U 304/21 Rn. 53, BeckRS 2023, 218 = r+s 2023, 216). 11

Nach Abs. 2 S. 2 findet § 155 Abs. 1 und Abs. 2 VAG Anwendung. Dort wird geregelt, dass es für eine wirksame Prämienänderung der vorherigen Prüfung und Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders bedarf. 12

Bei einem Rechtsstreit über die Wirksamkeit der Erhöhung der Prämien einer privaten Pflegezusatzversicherung führt allein die Anwendung des Sonderanpassungsrechts nach § 143 nicht dazu, dass der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet ist (so BSG 12.1.2023 – B 12 SF 1/21 R, BeckRS 2023, 2129 Rn. 9, 14). 13

VI. Mitteilung und Wirksamwerden der Bedingungs- und Beitragsänderungen (Abs. 3)

- 14 Abs. 3 ist der Regelung des § 203 Abs. 5 VVG nachgebildet. So sieht Abs. 3 S. 1 vor, dass dem Versicherungsnehmer die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beitragsänderungen in **Textform** mitzuteilen sind. Die Mitteilungen müssten entsprechend § 203 Abs. 5, Abs. 3 VVG die veränderten Tarifbestimmungen umfassen. Die **Unterschiede** der neuen Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen gegenüber der vorherigen Fassung müssen **kenntlich gemacht** werden. Ebenso der Unterschied zwischen dem alten und neuen Beitrag. Zudem muss auf die für die Bedingungs- und Beitragsänderung **maßgeblichen Gründe** hingewiesen werden. Als maßgebliche Gründe nennt das OLG Karlsruhe bezüglich der Beitragsänderung die Änderung der technischen Berechnungsgrundlagen, die mit der Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Anpassung an den geänderten Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehen (OLG Karlsruhe 17.1.2023 – 12 U 304/21 Rn. 39, BeckRS 2023, 218 = r+s 2023, 216). Dabei sei der genaue Umfang der Veränderung der Berechnungsgrundlagen nicht mitzuteilen (OLG Karlsruhe 17.1.2023 – 12 U 304/21 Rn. 39, BeckRS 2023, 218 = r+s 2023, 216). Die Mitteilung ist nicht darauf gerichtet, dem Versicherungsnehmer „eine Plausibilitätskontrolle der Prämienanpassung zu ermöglichen“ (OLG Karlsruhe 17.1.2023 – 12 U 304/21 Rn. 39, BeckRS 2023, 218 = r+s 2023, 216). Nach überwiegender Auffassung muss das Versicherungsunternehmen den Versicherungsnehmer nicht auf Handlungsoptionen, zB einen Tarifwechsel unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen, hinweisen (so OLG Karlsruhe 17.1.2023 – 12 U 304/21 Rn. 40, BeckRS 2023, 218 = r+s 2023, 216; OLG Dresden 9.8.2022 – 4 U 135/22 Rn. 37, r+s 2022, 63 ff. = BeckRS 2022, 2143; aA juris-PK-SGB XI/Behrend, Stand 1.10.2021, § 143 Rn. 21). Die Kenntlichmachung der Unterschiede und die Benennung der maßgeblichen Gründe haben ebenfalls in Textform zu erfolgen. Wirksam werden die aufgrund des § 143 Abs. 1, Abs. 2 vorgenommenen Bedingungs- und Beitragsänderungen nach Abs. 3 S. 2 zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers gem. Abs. 3 S. 1 folgt.

VII. Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers (Abs. 4)

- 15 Zum Schutz des Versicherungsnehmers sieht Abs. 4 vor, dass sich § 143 nicht auf dessen Sonderkündigungsrechte, die sich aus dem Gesetz oder aus dem Versicherungsvertrag ergeben, auswirkt.

Zweiter Abschnitt. Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen

§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

(2) ¹Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b und 45c in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. ²Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

(3) ¹Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. ²Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. ³Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 zu beantragen. ⁴Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.

(4) Die im Jahr 2015 gemäß § 45c zur Verfügung gestellten Fördermittel, die nach § 45c Absatz 5 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung auf das Folgejahr 2016 übertragen und bis zum Ende des Jahres 2016 in den Ländern nicht in Anspruch genommen worden sind, können im Jahr 2017 gemäß § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung von den Ländern beantragt werden, die im Jahr 2015 mindestens 80 Prozent der auf sie gemäß § 45c Absatz 5 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.

(5) ¹In Fällen, in denen am 31. Dezember 2016 der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Achten Buch bereits zusammentrifft, muss eine Vereinbarung nach § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung nur dann abgeschlossen werden, wenn einer der beteiligten Träger oder der Leistungsbezieher dies verlangt. ²Trifft der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung außerdem mit Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder dem Bundesversorgungsgesetz zusammen, gilt Satz 1 entsprechend.

[Fassung Abs. 6 vom 1.1.2024 bis 31.12.2024:]

(6) Für Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBl. I S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften

des § 13 Absatz 1 Nummer 1, Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und Satz 3, des § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, des § 21 Nummer 1 und 3, des § 23 Absatz 5, des § 34 Absatz 1 Nummer 2, des § 50 Absatz 2 Nummer 1 und 3, des § 56 Absatz 4, des § 57 Absatz 4 Satz 4, des § 59 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und des § 144 Absatz 5 Satz 2 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter.

[Fassung Abs. 6 vom 1.1.2025 bis 1.7.2025:]

(6) aufgehoben

[Fassung Abs. 6 ab 1.7.2025:]

(6) Die Leistungsbeträge, die für Leistungen der Verhinderungspflege gemäß § 39 sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 verbraucht worden sind, werden auf den Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Übersicht	2
III. Gesetzesänderung – Abs. 6	7

I. Geltende Fassung

- Die Abs. 1 und 2 wurden durch Art. 2 Nr. 50 des PSG II v. 21.12.2015 (BGBl. I 2424; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 354/15, BT-Drs. 18/5926, BT-Drs. 18/6688 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]), die Abs. 3–5 durch Art. 1 Nr. 26 des PSG III v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191; Bekanntmachung v. 9.1.2018, BGBl. I 126; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 410/16, BT-Drs. 18/9518, BT-Drs. 18/10510 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) in das SGB XI eingefügt. Die Vorschrift ist idF des PSG III am 1.1.2017 in Kraft getreten.

II. Übersicht

- Die in **Abs. 1** enthaltene Regelung entspricht der bis zum 31.12.2016 geltenden Übergangsregelung in § 122 Abs. 3. Sie war notwendig, weil sich die tatbestandlichen Voraussetzungen für den Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag zum 1.1.2015 geändert hatten (vgl. BT-Drs. 18/2909, 44).
- Abs. 2** ist eine Übergangsregelung für die bereits nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote. Weil die bisherige Bezeichnung „niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote“ nach Auffassung des Gesetzgebers (BT-Drs. 18/5926, 131) der Verständlichkeit entbehrte, wurde sie durch den Begriff „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ ersetzt. Die bis zum Inkrafttreten der Neuregelungen zu den §§ 45a ff. nach dem jeweiligen Landesrecht bereits anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, niedrigschwelligen Entlastungsangebote und niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote gelten ab dem 1.1.2017 auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag iSd neuen § 45a (BT-Drs. 18/5926, 146). Die Landesregierungen sind ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

Abs. 3 verlängert die Übertragbarkeit von Ansprüchen nach § 45b in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung. Begründet wird die Notwendigkeit dieser Übergangsregelung damit, dass der Zugang zu den mit dem PSG I verbesserten Leistungen nach § 45b in der Vergangenheit nicht flächendeckend möglich gewesen sei (BT-Drs. 18/9518, 80 sowie BT-Drs. 18/10510, 125).

Abs. 4 ist eine Übergangsregelung zu § 45c, die insbesondere das mit § 45c Abs. 6 verfolgte Ziel unterstützen soll, im Rahmen der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts eine gerechtere Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu erreichen. Länder, die im Jahr 2015 mindestens 80 % der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel auf der Basis der alten Gesetzeslage entfallenden Mittel ausgeschöpft haben, können im Jahr 2015 nicht in Anspruch genommene und auf 2016 übertragene Mittel, die auch dann nicht ausgeschöpft worden sind, 2017 auf der Basis der neuen Regelungen nach § 45c Abs. 6 S. 3–9 beantragen.

Abs. 5 ist eine Übergangsregelung zu § 13 Abs. 4, der beim Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe die betroffenen Leistungsträger verpflichtet, mit Zustimmung des Leistungsberechtigten Vereinbarungen über die Erbringung der Leistung durch einen Träger zu treffen. Diese Verpflichtung soll in Altfällen nur dann bestehen, wenn einer der beteiligten Träger oder der Leistungsbezieher dies verlangt. Dasselbe gilt, wenn der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung zusätzlich mit Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII oder dem BVG zusammentrifft. Angesichts der Bindung von Verwaltungsressourcen durch die Folgen der Umstellung vom alten auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff befürchtete der Gesetzgeber offensichtlich eine Überforderung der betroffenen Träger.

III. Gesetzesänderung – Abs. 6

Durch Art. 39 Nr. 12 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019 (BGBl. I 2652) erhält die Vorschrift – als Folgeänderung auf Grund der Aufhebung des BVG (BT-Drs. 19/13824, S. 267) – mWz 1.1.2024 folgenden Abs. 6:

„Für Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBl. I S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 13 Absatz 1 Nummer 1, Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und Satz 3, des § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, des § 21 Nummer 1 und 3, des § 23 Absatz 5, des § 34 Absatz 1 Nummer 2, des § 50 Absatz 2 Nummer 1 und 3, des § 56 Absatz 4, des § 57 Absatz 4 Satz 4, des § 59 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 144 Absatz 5 Satz 2 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter.“

Mit Art. 46 Nr. 10 des Gesetzes über die Entschädigung der Soldatinnen und Soldaten und zur Neuordnung des Soldatenversorgungsrechts vom 20.8.2021 (BGBl. I 3932) wird Abs. 6 – als Folgeänderung zum Inkrafttreten des Soldatenentschädigungsgesetzes-SEG (BT-Drs. 19/27523, 283) – mWz 1.1.2025 wieder aufgehoben.

Mit Art. 2a Nr. 17 Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.6.2023 (BGBl. I Nr. 155; Gesetzesmaterialien vgl. BT-Drs. 20/6544 [Gesetzesentwurf], BT-Drs. 20/6983 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesund-

heit] und BT-Drs. 20/6984 [Bericht des Haushaltsausschusses] sowie BR-Drs. 220/23 [Unterrichtung über Gesetzesbeschluss des BT] sowie BR-Drs. 220/1/23 [Empfehlung der Ausschüsse] und BR-Drs. 220/23 [Beschluss und Entschliebung]) wird mWz 1.7.2025 folgender Abs. 6 angefügt:

Die Leistungsbeträge, die für Leistungen der Verhinderungspflege gemäß § 39 sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 verbraucht worden sind, werden auf den Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.

§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege

¹Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. ²Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.

I. Geltende Fassung

- 1 Die Vorschrift wurde durch Art. 1 Nr. 29 des PSG III v. 23.12.2016 (BGBl. I 3191; Bekanntmachung v. 9.1.2018, BGBl. I 126; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 410/16, BT-Drs. 18/9518, BT-Drs. 18/10510 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) in das SGB XI eingefügt. Sie ist am 1.1.2017 in Kraft getreten.

II. Normzweck

- 2 § 145 enthält eine Besitzstandsschutzregelung für Menschen mit Behinderungen, die nachteilige Auswirkungen der Neuregelungen in §§ 43a und 71 Abs. 4 ausschließen soll, die zum 1.1.2020 eintreten können, weil zu diesem Zeitpunkt die Neuregelungen zur Eingliederungshilfe durch das Bundesteilhabegesetz im Teil 2 des SGB IX in Kraft traten. Auf Menschen mit Behinderungen, die iSd SGB XI pflegebedürftig sind und die am 1.1.2017 dem § 43a in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung nicht unterfallen, sondern Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege nach §§ 36 ff. haben, soll § 43a auch in der ab dem 1.1.2020 geltenden Fassung nicht angewendet werden. Dies soll auch dann gelten, wenn sie nach dem 1.1.2017 in eine andere Wohnform wechseln, die ebenfalls nicht dem § 43a in der am 1.1.2017 geltenden Fassung unterfallen wäre (etwa von einer ambulant betreuten Wohngruppe iSd § 38a in einen Einzelhaushalt, in dem sie gepflegt werden, oder von einer ambulanten Wohngruppe zu einer anderen). Dieser Besitzstandsschutz greift nicht ein, wenn der Wechsel nach dem 1.1.2017 in eine Wohnform erfolgt, auf die § 43a in der am 1.1.2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte.

§ 146 Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3

(1) Für die jeweilige beratende Stelle gelten die Vergütungssätze nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6 in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung so lange, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wird.

(2) Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung durchgeführt haben, gelten ab dem 1. Januar 2019 als nach § 37 Absatz 7 anerkannte Beratungsstellen.

I. Geltende Fassung

Die Vorschrift wurde durch Art. 11 Nr. 22 des PpSG v. 11.12.2018 (BGBl. I 2394; Gesetzesmaterialien: BR-Drs. 376/18, BT-Drs. 19/4453, BT-Drs. 19/5593 [Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit]) in das SGB XI eingefügt. Sie ist am 1.1.2019 in Kraft getreten.

II. Normzweck

Um sicherzustellen, dass in der Übergangsphase bis zur Vereinbarung von Vergütungssätzen für die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 oder deren Festlegung durch die Landesverbände der Pflegekassen kein vergütungsloser Zustand eintritt, gelten die bis zum 31.12.2018 in § 37 gesetzlich festgelegten Vergütungssätze gem. Abs. 1 in der Übergangsphase fort (BT-Drs. 194453, 105). Die Fortgeltung galt/gilt so lange, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wurde/wird.

Nach dem Wortlaut des § 37 Abs. 3 können nach dem bisher geltenden Recht auch zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 Beratungsbesuche durchführen. Dies stellt in der Praxis einen Ausnahmefall dar. Gleichwohl soll durch Abs. 2 sichergestellt werden, dass diese Einrichtungen die Beratung auch künftig durchführen können, wenn sie nach § 37 Abs. 3 in der bis zum 31.12.2018 geltenden Fassung bisher Beratungseinsätze durchgeführt haben. Sie gelten dann ab 1.1.2019 als anerkannte Beratungsstellen nach § 37 Abs. 7, deren Vergütungssätze in dem neuen Verfahren nach dem neuen § 37 Abs. 3 S. 7 durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt werden (BT-Drs. 194453, 105).

Dritter Abschnitt. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie

§ 147 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18

(1) ¹⁾ Abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 1 kann die Begutachtung bis einschließlich 31. März 2022¹⁾ ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem

¹⁾ Gem. § 1 Abs. 1 und 2 der Dritten VO zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der Covid-19-Pandemie wurde die Frist nach § 147 Abs. 1 S. 1 und Abs. 6 bis einschließlich 30.6.2022 verlängert.

Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen.² Grundlage für die Begutachtung bilden bis zu diesem Zeitpunkt insbesondere die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind, wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung des Versicherten oder des Gutachters mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zwingend erforderlich ist.³ Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entwickelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. Oktober 2020 bundesweit einheitliche Maßgaben dafür, unter welchen Schutz- und Hygieneanforderungen eine Begutachtung durch eine Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich stattfindet und in welchen Fällen, insbesondere bei welchen Personengruppen, eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zwingend erforderlich ist.

(2) Abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 5 werden bis einschließlich 31. März 2021 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt, auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst oder anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern empfohlen wurde.

(3)¹ Abweichend von § 18 Absatz 3 Satz 2 ist die Frist, in welcher dem Antragsteller die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen ist, bis einschließlich 30. September 2020 unbeachtlich.² Abweichend von Satz 1 ist einem Antragsteller, bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.³ Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt unverzüglich, spätestens bis einschließlich 9. April 2020, bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.⁴ Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(4) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse bis einschließlich 30. September 2020 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 3 dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

(5) § 18 Absatz 3b Satz 1 bis 3 findet bis einschließlich 30. September 2020 keine Anwendung.

(6) Absatz 1 gilt für Anträge auf Pflegeleistungen, die zwischen dem 1. Oktober 2020 und dem 31. März 2022²⁾ gestellt werden.

§ 148 Beratungsbesuche nach § 37

¹ Abweichend von § 37 Absatz 3 Satz 1 erfolgt die von den Pflegebedürftigen abzurufende Beratung bis einschließlich 31. März 2022¹⁾ telefonisch,

²⁾ Gem. § 1 Abs. 1 und 2 der Dritten VO zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der Covid-19-Pandemie wurde die Frist nach § 147 Abs. 1 S. 1 und Abs. 6 bis einschließlich 30.6.2022 verlängert.

¹⁾ Gem. § 1 Abs. 3 der Dritten VO zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der Covid-19-Pandemie wurde die Frist nach § 148 bis einschließlich 30.6.2022 verlängert.

digital oder per Videokonferenz, wenn die oder der Pflegebedürftige dies wünscht. ²Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen darf das Pflegegeld abweichend von § 37 Absatz 6 nicht kürzen oder entziehen, wenn die oder der Pflegebedürftige in dem Zeitraum vom 1. März 2022 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 keine Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 abrufen. ³Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben diese Ausnahmeregelung den Pflegegeldempfängern kurzfristig in geeigneter Form zur Kenntnis zu bringen.

§ 149 Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung

(1) ¹Bis einschließlich 30. September 2020 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, abweichend von § 42 Absatz 4 auch ohne, dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. ²Die Vergütung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gemäß § 111 Absatz 5 des Fünften Buches der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

(2) Abweichend von § 42 Absatz 2 Satz 2 übernehmen die Pflegekassen bei Kurzzeitpflege in dem Zeitraum vom 28. März 2020 bis einschließlich 30. September 2020 in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 2 418 Euro.

(3) ¹Ist eine pflegerische Versorgung von bereits vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie quarantänebedingt nicht zu gewährleisten, kann diese für die Dauer von maximal 14 Kalendertagen in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. September 2020 auch in einer Einrichtung erbracht werden, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringt (anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung). ²Im begründeten Einzelfall kann in Abstimmung mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen auch eine pflegerische Versorgung von mehr als 14 Tagen in einer Einrichtung erbracht werden, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringt. ³Der Pflegeplatz des Pflegebedürftigen ist von der bisherigen vollstationären Pflegeeinrichtung während seiner Abwesenheit freizuhalten. ⁴Die Berechnung des Heimentgeltes und seine Zahlung an die bisherige vollstationäre Pflegeeinrichtung sowie der nach § 43 von der Pflegekasse an die bisherige vollstationäre Pflegeeinrichtung zu gewählende Leistungsbetrag bleiben unverändert. ⁵Die Vergütung der anderweitigen vollstationären pflegerischen Versorgung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz nach § 111 Absatz 5 des Fünften Buches für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. ⁶Sie wird der Einrichtung von den Pflegekassen entsprechend dem Verfahren nach § 150 Absatz 2 Satz 2 bis 4 erstattet. ⁷Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann im Benehmen mit den Verbänden der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie im Benehmen mit den Verbänden der stationären medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen Empfehlungen zur formellen Abwicklung des Abrechnungsverfahrens abgeben.

§ 150 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

(1) ¹Im Fall einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend den Pflegekassen gegenüber anzuzeigen. ²Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse. ³In Abstimmung mit den weiteren hierbei zuständigen Stellen, insbesondere den nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, haben die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung die erforderlichen Maßnahmen und Anpassungen vorzunehmen, wobei auch von der vereinbarten Personalausstattung einschließlich deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch abgewichen werden kann. ⁴Dabei sind zum flexiblen Einsatz des Personals in anderen Versorgungsbereichen alle bestehenden Instrumente und Mittel einschließlich des Vertragsrechts zu nutzen, bei denen zulassungsrechtliche Voraussetzungen zweckgerichtet und unbürokratisch angewandt werden können. ⁵Dies gilt auch für den Einsatz von Beschäftigten für die Leistungen der zusätzlichen Betreuung nach § 43b in anderen Bereichen.

(2) ¹Der Anspruch der zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf Erstattung von Beschaffungskosten für die selbst beschafften PoC-Antigen-Tests und Antigen-Tests zur Eigenanwendung und insoweit von Durchführungsaufwendungen kann im Rahmen der für diese Einrichtungen nach der Coronavirus-Testverordnung in ihrer jeweils geltenden Fassung festgelegten Kontingente bei einer Pflegekasse, die Partei des Versorgungsvertrages ist, regelmäßig zum Monatsende geltend gemacht werden. ²Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrages hat innerhalb von 14 Kalendertagen über eine Pflegekasse zu erfolgen. ³Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren und die erforderlichen Nachweise für seine Mitglieder fest. ²Dabei sind gemessen an der besonderen Herausforderung von allen Beteiligten pragmatische Lösungen in der Umsetzung vorzusehen. ³Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig über die Ausgabenentwicklung.

(4) ¹Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung die nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen entsprechend dem Verhältnis, das dem Verhältnis zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. ²Bei den in § 39a Absatz 1 des Fünften Buches genannten stationären Hospizen, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht, tragen die gesetzlichen Krankenkassen 80 Prozent der nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen. ³Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach den Sätzen 1 und 2 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. ⁴Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

⁵Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 2 ergeben. ⁶Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt die Höhe des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen auf Basis der vierteljährlichen Finanzstatistiken der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen fest. ⁷Die entsprechende Zahlung wird binnen vier Wochen fällig. ⁸Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.

(5) ¹Die Pflegekassen können nach ihrem Ermessen zur Vermeidung von durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 im Einzelfall im häuslichen Bereich verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen, Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge (§ 36) nach vorheriger Antragstellung gewähren, wenn die Maßnahmen nach Absatz 1 Satz 3 nicht ausreichend sind; dabei haben sie vorrangig Leistungserbringer zu berücksichtigen, die von Pflegefachkräften geleitet werden. ²Entsprechende Kostenerstattungszusagen sind jeweils auf bis zu drei Monate zu begrenzen. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten dazu in Empfehlungen fest. ⁴Die Pflegekassen können bei Bedarf bereits vor dem Vorliegen der Empfehlungen Kostenerstattungen zusagen. ⁵Die Pflegekassen können aus wichtigen Gründen die Kostenerstattungszusage jederzeit widerrufen.

(5a) ¹Den nach Maßgabe des gemäß § 45a Absatz 3 erlassenen Landesrechts anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag entstandene und nachgewiesene Beschaffungskosten und Durchführungsaufwendungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 werden aus Mitteln der Pflegeversicherung erstattet. ²Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren fest. ⁴Absatz 4 Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.

(5b) ¹Abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 3 können Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 den Entlastungsbetrag auch für die Inanspruchnahme anderer Hilfen im Wege der Kostenerstattung einsetzen, wenn dies zur Überwindung von infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Versorgungsengpässen erforderlich ist. ²§ 45b Absatz 2 Satz 3 und Absatz 4 findet keine Anwendung. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten zum Einsatz des Entlastungsbetrags für andere Hilfen nach Satz 1 in Empfehlungen fest.

(5c) Abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz kann der im Jahr 2019 sowie der im Jahr 2020 nicht verbrauchte Betrag für die Leistung nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in den Zeitraum bis zum 30. September 2021 übertragen werden.

(5d) ¹Abweichend von § 44a Absatz 3 Satz 1 haben Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung im Sinne des § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegt, wenn

1. die Beschäftigten glaubhaft darlegen, dass sie die Pflege oder die Organisation der Pflege auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie übernehmen,
2. die Beschäftigten keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches haben und
3. die häusliche Pflege nicht anders sichergestellt werden kann.

²Abweichend von § 44a Absatz 6 Satz 1 haben landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte Anspruch auf Betriebshilfe für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine akut aufgetretene Pflegesituation vorliegt, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 3 erfüllt sind. ³Abweichend von § 44a Absatz 6 Satz 3 haben privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer Anspruch auf Kostenerstattung für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage Betriebshilfe, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine akut aufgetretene Pflegesituation vorliegt, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 3 erfüllt sind.

(6) ¹Die Absätze 1, 5 und 5b gelten bis einschließlich 30. April 2023. ²Ab-satz 5d gilt in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. April 2023.

§ 150a Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie

(1) ¹Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, jeder und jedem ihrer Beschäftigten im Jahr 2022 eine einmalige Sonderleistung nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 und 8 (Corona-Pflegebonus) zu zahlen. ²Gleiches gilt für Arbeitgeber, deren Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer in Einrichtungen nach Satz 1 im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung oder eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden.

(2) ¹Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben Vollzeitbeschäftigte, die im Zeitraum vom 1. November 2020 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 (Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und die am 30. Juni 2022 in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung beschäftigt und tätig sind. ²Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Vollzeitbeschäftigte, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und

1. am 30. Juni 2022 nur deshalb nicht mehr beschäftigt und tätig sind, weil für sie zu diesem Zeitpunkt ein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bestand oder
2. am 30. Juni 2022 nur deshalb nicht beschäftigt und tätig sind, weil sie Krankengeld, Krankentagegeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder nach den gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld beziehen oder Elternzeit oder eine Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen oder Wehrdienst oder Zivildienst leisten.

³Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Freiwillige im Sinne von § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne von § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung ihren Dienst geleistet haben.

⁴Die Höhe des Corona-Pflegebonus beträgt

1. 550 Euro für Beschäftigte, die Leistungen nach diesem Buch oder im ambulanten Bereich nach dem Fünften Buch durch die direkte Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen,
2. 370 Euro für andere Beschäftigte, die in einem Umfang von mindestens 25 Prozent ihrer Arbeitszeit gemeinsam mit Pflegebedürftigen tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig sind,
3. 60 Euro für Freiwillige im Sinne von § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne von § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr und
4. 190 Euro für alle Beschäftigten, die nicht unter die Nummern 1 bis 3 fallen.

(3) ¹Den folgenden Auszubildenden, die mit einer zugelassenen Pflegeeinrichtung einen Ausbildungsvertrag geschlossen haben oder im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung zur Durchführung der praktischen Ausbildung tätig waren, ist ein Corona-Pflegebonus in Höhe von 330 Euro zu zahlen:

1. Auszubildenden zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 58 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes,
2. Auszubildenden zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 66 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes,
3. Auszubildenden zur Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufgesetzes,
4. Auszubildenden zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes,
5. Auszubildenden zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufgesetzes oder
6. Auszubildenden zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann nach dem Pflegeberufgesetz.

²Satz 1 gilt entsprechend für Auszubildende in landesrechtlich geregelten Assistenz- oder Helferausbildungen in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer.

(4) ¹An Beschäftigte, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren und in dieser Zeit ganz oder teilweise in Teilzeit gearbeitet haben, ist die der Corona-Pflegebonus anteilig im Verhältnis zu den in Absatz 2 Satz 1 genannten Höhen zu zahlen. ²Der jeweilige Anteil entspricht dem Anteil der von ihnen wöchentlich durchschnittlich in dem Bemessungszeitraum tatsächlich geleisteten Stunden im Verhältnis zur regelmäßigen Wochenarbeitszeit der bei derselben Pflegeeinrichtung Vollzeitbeschäftigten, mindestens jedoch dem Anteil der mit ihnen vertraglich vereinbarten durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Verhältnis zur regelmäßigen Wochenarbeitszeit der bei der Pflegeeinrichtung Vollzeitbeschäftigten. ³Abweichend von Satz 1 ist die der Corona-Pflegebonus nach Absatz 2 ungekürzt an Teilzeitbeschäftigte zu zahlen, wenn sie im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate

in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren und ihre wöchentliche tatsächliche oder vertragliche Arbeitszeit in diesem Zeitraum 35 Stunden oder mehr betrug.

(5) Die folgenden Unterbrechungen der Tätigkeit im Bemessungszeitraum sind für die Berechnung des dreimonatigen Zeitraums, in dem die Beschäftigten im Bemessungszeitraum mindestens in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig sein müssen, unbeachtlich:

1. Unterbrechungen von bis zu 14 Kalendertagen,
2. Unterbrechungen auf Grund einer COVID-19-Erkrankung,
3. Unterbrechungen auf Grund von Quarantänemaßnahmen,
4. Unterbrechungen auf Grund eines Arbeitsunfalls oder
5. Unterbrechungen wegen Erholungsurlaubs.

(6) ¹Soweit Beschäftigte einer Pflegeeinrichtung im Bemessungszeitraum ganz oder teilweise in Kurzarbeit gearbeitet haben, sind für die Bemessung der diesen Beschäftigten jeweils zustehenden der Corona-Pflegeboni die von ihnen wöchentlich durchschnittlich im Bemessungszeitraum tatsächlich geleisteten Stunden maßgeblich. ²Absatz 4 gilt im Übrigen entsprechend.

(7) ¹Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 erhalten im Wege der Vorauszahlung von der sozialen Pflegeversicherung den Betrag erstattet, den sie für die Auszahlung der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni benötigen. ²Die in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni können nicht nach § 150 Absatz 2 erstattet werden. ³Auch wenn ein nach Absatz 9 erhöhter Corona-Pflegebonus als Sonderleistung gezahlt wird oder wenn von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen an ihre Beschäftigten vergleichbare Sonderleistungen gezahlt werden, können die gezahlten Beträge nicht nach § 150 Absatz 2 erstattet werden. ⁴Sonderleistungen nach Satz 3 sind bei der Bemessung der Pflegevergütung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen berücksichtigungsfähig. ⁵Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 melden den Pflegekassen den Betrag, den sie für die Auszahlung der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni benötigen, bis spätestens 31. Juli 2022. ⁶Die Pflegekassen stellen sicher, dass alle Pflegeeinrichtungen und alle Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 diesen Betrag von der sozialen Pflegeversicherung bis spätestens 30. September 2022 für die Beschäftigten und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2 erhalten. ⁷Für Auszubildende nach Absatz 3 muss die Meldung nach Satz 5 spätestens am 30. September 2022 und die Auszahlung nach Satz 6 bis spätestens zum 31. Oktober 2022 erfolgen. ⁸Der Bund zahlt zur Refinanzierung der durch die Pflegekassen an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 gezahlten Vorauszahlungen bis zum 1. September 2022 einen Betrag in Höhe von 500 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds. ⁹Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 haben den Pflegekassen bis spätestens 15. Februar 2023 die tatsächliche Auszahlungssumme der Corona-Pflegeboni sowie die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger anzuzeigen. ¹⁰Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen und geeigneten Verbänden der Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 auf Bundesebene unverzüglich das Nähere für das Verfahren einschließlich angemessener Möglichkeiten zur Prüfung, Rückforderung und Aufrechnung durch die Pflegekassen sowie der Information der Beschäftigten und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2 über

ihren Anspruch fest. ¹¹Die Verfahrensregelungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(8) ¹Die Auszahlung des jeweiligen Corona-Pflegebonus an die jeweiligen Beschäftigten erfolgt durch die zugelassene Pflegeeinrichtung oder den Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2, bei der oder dem die Beschäftigten am 30. Juni 2022 beschäftigt sind; die Auszahlung hat unverzüglich nach Erhalt der Vorauszahlung nach Absatz 7, spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung, jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2022 zu erfolgen. ²Sie ist den Beschäftigten in der gesamten ihnen nach den Absätzen 2 bis 4 und 6 zustehenden Höhe in Geld über das Arbeitsentgelt und sonstige Bezüge hinaus auszusahlen. ³Eine Aufrechnung mit Ansprüchen der Pflegeeinrichtung oder der Arbeitgeber nach Absatz 1 Satz 2 gegen den Beschäftigten oder Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2 ist ausgeschlossen. ⁴Die Corona-Pflegebonus ist unpfändbar. ⁵Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für die Ausbildungsgütung sowie für das Taschengeld für Freiwillige im Sinne des § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und für Freiwillige im Sinne des § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr.

(9) ¹Der Corona-Pflegebonus kann durch die Länder und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen über die in den Absätzen 2 bis 6 genannten Höchstbeträge hinaus für alle Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen erhöht werden. ²Gleiches gilt für die Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2. ³Die Länder regeln ihr Verfahren. ⁴Sie können sich dabei an den Verfahrensregelungen dieser Vorschrift, insbesondere an den genannten Fristen, orientieren. ⁵Sofern ein Land den Corona-Pflegebonus nach Satz 1 erhöht, kann es das Verfahren einschließlich der Auszahlung als Sonderleistung über die im jeweiligen Land zuständigen Pflegekassen durchführen, wenn es ihnen die Verwaltungskosten hierfür erstattet. ⁶In diesem Fall sind die im Land zuständigen Pflegekassen dazu verpflichtet, das Verfahren einschließlich der Auszahlung dieser Sonderleistung an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen zusammen mit dem Corona-Pflegebonus für das Land durchzuführen und hierfür ein geeignetes Verfahren vorzusehen.

§ 150b Nichtanrechnung von Arbeitstagen mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld, Betriebshilfe oder Kostenerstattung gemäß § 150 Absatz 5d

Die Arbeitstage, für die Pflegeunterstützungsgeld im Geltungszeitraum von § 150 Absatz 5d Satz 1, Betriebshilfe im Geltungszeitraum von § 150 Absatz 5d Satz 2 oder Kostenerstattung im Geltungszeitraum von § 150 Absatz 5d Satz 3 in Anspruch genommen worden ist, werden auf die Arbeitstage, für die Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3, Betriebshilfe gemäß § 44a Absatz 6 Satz 1 oder Kostenerstattung gemäß § 44a Absatz 6 Satz 3 in Anspruch genommen werden kann, nicht angerechnet.

§ 150c Sonderleistungen für zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Aufgaben nach § 35 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes

(1) ¹Die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2023 monatliche Sonderleistungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 zu zahlen.

²Sie haben die nach § 35 Absatz 1 Satz 6 des Infektionsschutzgesetzes in der Einrichtung benannten Personen gegenüber den Pflegekassen zu melden.

(2) ¹Anspruch auf eine Sonderleistung nach Absatz 1 haben die in den zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigten Personen mit Ausnahme der Leitung der Einrichtung, die nach § 35 Absatz 1 Satz 6 des Infektionsschutzgesetzes benannt und gegenüber den Pflegekassen gemeldet sind. ²Die Höhe der Sonderleistung beträgt je Pflegeeinrichtung und Monat insgesamt

1. bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen 500 Euro,
2. bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen 750 Euro,
3. bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 80 Plätzen 1000 Euro.

(3) Sofern mehrere Personen anspruchsberechtigt sind, ist die Sonderleistung von der jeweiligen Pflegeeinrichtung entsprechend aufzuteilen.

(4) ¹Die Sonderleistung nach Absatz 1 ist von den Pflegekassen monatlich im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2023 an die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen zu zahlen; sie wird zum 15. eines jeden Monats und erstmalig am 15. November 2022 fällig. ²Die Auszahlung an die betreffende Einrichtung erfolgt einheitlich über eine Pflegekasse vor Ort. ³Die Meldung nach Absatz 1 Satz 2 hat bis zum 31. Oktober 2022 zu erfolgen. ⁴Sofern sie nicht rechtzeitig erfolgt, wird die Zahlung der Sonderleistung erst zum 15. des Folgemonats des Tages der Meldung nach Absatz 1 Satz 2 rückwirkend bis zu diesem Tag aufgenommen. ⁵Die Pflegeeinrichtungen haben den Pflegekassen nach dem 30. April 2023 bis spätestens zum 30. Juni 2023 die tatsächliche Auszahlungssumme der Sonderleistungen sowie die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger anzuzeigen. ⁶Die Landesverbände der Pflegekassen stellen insgesamt die sachgerechte Verfahrensbearbeitung einschließlich angemessener Möglichkeiten zur Prüfung, Rückforderung und Aufrechnung durch die Pflegekassen sicher.

(5) ¹Die Auszahlung der Sonderleistung nach Absatz 1 erfolgt spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung. ²Die Sonderleistung ist den Beschäftigten in der ihnen nach Absatz 2 Satz 2 zustehenden Höhe in Geld über das Arbeitsentgelt und sonstige Bezüge hinaus auszus zahlen. ³Eine Aufrechnung mit Ansprüchen der Pflegeeinrichtung gegen den Beschäftigten ist ausgeschlossen. ⁴Die Sonderleistung ist unpfändbar.

(6) ¹Aus finanziellen Mitteln des Ausgleichsfonds wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2023 ein monatlicher Förderbetrag in Höhe von 250 Euro für jede zugelassene voll- oder teilstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um die Umsetzung der Aufgaben im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 des Infektionsschutzgesetzes sachgerecht zu unterstützen. ²Sofern die Pflegeeinrichtungen keine Meldungen nach Absatz 1 Satz 2 durchgeführt haben, erhalten sie auch keine finanziellen Mittel nach diesem Absatz. Absatz 4 findet entsprechend Anwendung.

§ 151 Qualitätsprüfungen nach § 114

Abweichend von § 114 Absatz 2 Satz 1 und 2 finden bis einschließlich 30. September 2020 keine Regelprüfungen statt.

§ 152 Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit kann nach einer erneuten Risikobeurteilung bei Fortbestehen oder erneutem Risiko für ein Infektions-

geschehen im Zusammenhang mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 den Befristungszeitraum der §§ 147 bis 151 jeweils durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates um jeweils bis zu einem halben Jahr verlängern¹⁾.

§ 153 Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung

¹Wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung aufgrund pandemiebedingter Mehrausgaben absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll der Pflegekassen zu unterschreiten droht, gewährt der Bundeshaushalt der sozialen Pflegeversicherung in den Jahren 2021 bis einschließlich 2023 einen Zuschuss in erforderlicher Höhe (Bundeszuschuss).
²Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Nähere durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen.

Vierter Abschnitt. Maßnahmen zum Ausgleich außergewöhnlicher Kostenentwicklungen

§ 154 Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom

(1) ¹Zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten von den Pflegekassen für den Zeitraum Oktober 2022 bis einschließlich April 2024 für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Fernwärme und leitungsgebundenen Strom eine Erstattung der Differenz zwischen der abschlägigen Vorauszahlung für den Verbrauch des Monats März 2022 und der jeweiligen laufenden monatlichen abschlägigen Vorauszahlung für die genannten Verbrauchsgüter für den Betrieb der Pflegeeinrichtung (Ergänzungshilfe). ²Dabei sind für den jeweiligen Zeitraum an die Einrichtungen gewährte öffentliche Zuschüsse oder andere Unterstützungsmaßnahmen mit gleicher Zielsetzung vom Erstattungsbetrag nach Satz 1 abzuziehen.
³Der Nachweis der nach Satz 1 gemachten Angaben hat durch entsprechende Dokumente des Versorgers zu erfolgen. ⁴Sofern gewährte öffentliche Zuschüsse oder andere Unterstützungsmaßnahmen bei der Bestimmung der Erstattungsdifferenz nach Satz 1 zunächst nicht bekannt waren, sind diese unverzüglich gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen und im Verfahren nach Absatz 2 mindernd zu berücksichtigen. ⁵Bei voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die nach dem 31. März 2022 den Betrieb aufgenommen haben, wird die abschlägige Vorauszahlung angesetzt, die sich aufgrund des Neukundenpreises zum 15. Februar 2022 ergibt. ⁶Der Neukundenpreis nach Satz 5 ist den zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen von den Versorgern verpflichtend mitzuteilen.

(2) ¹Die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen haben die nach Absatz 1 notwendigen Angaben an die Pflegekassen jeweils bis

¹⁾ Siehe hierzu ua die VO zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der Covid-19-Pandemie, die Zweite VO zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der Covid-19-Pandemie und die Dritte VO zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der Covid-19-Pandemie.

zum 15. des Folgemonats zu übermitteln. ²Die Ergänzungshilfe kann ausschließlich für den Vormonat, bei erstmaliger Beantragung auch rückwirkend für die zurückliegenden Monate Oktober 2022 bis Februar 2023 geltend gemacht werden. ³Die erstmalige Einreichung der Angaben durch die Pflegeeinrichtungen hat spätestens 15 Tage nach Vorliegen der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 3 zu erfolgen. ⁴Die letztmalige Einreichung jeglicher Nachweise für beantragte Ergänzungshilfen muss bis zum 30. August 2024 erfolgen. ⁵Der sich auf der Basis von Nachweisen ergebende Erstattungsbetrag ist jeweils spätestens vier Wochen nach Eingang aller nötigen Angaben auszuzahlen. ⁶Solange sich die Höhe der monatlichen abschlägigen Vorauszahlung oder die Höhe von gewährten öffentlichen Zuschüssen oder anderen Unterstützungsmaßnahmen nicht ändert, wird der Erstattungsbetrag auch für die Folgemonate gewährt. ⁷Bei Änderungen ist den Pflegekassen die neue abschlägige Vorauszahlung oder die geänderte Höhe gewährter öffentlicher Zuschüsse oder anderer Unterstützungsmaßnahmen mitzuteilen. ⁸Nachzahlungen, die sich aus den jeweiligen Jahresabrechnungen der Versorger für den in Absatz 1 Satz 1 genannten Zeitraum ergeben, können die Pflegeeinrichtungen zusätzlich geltend machen. ⁹Rückzahlungen, die sich aus den jeweiligen Jahresabrechnungen der Versorger für den in Absatz 1 Satz 1 genannten Zeitraum ergeben, sind an die Pflegekassen weiterzuleiten. ¹⁰Die Jahresabrechnungen der Versorger für den in Absatz 1 Satz 1 genannten Zeitraum haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegekassen unverzüglich nach Erhalt vorzulegen. ¹¹Sofern die jeweiligen Jahresabrechnungen der Versorger für den in Absatz 1 Satz 1 genannten Zeitraum den Leistungserbringern bis zum 30. August 2024 noch nicht vorliegen, sind diese abweichend von Satz 4 bis zum 31. Dezember 2025 bei den Pflegekassen nachzureichen. ¹²Nachzahlungen nach Satz 8 oder Rückzahlungen nach Satz 9, die jeweils nach Satz 11 geltend gemacht werden, erfolgen zu Lasten oder zu Gunsten der sozialen Pflegeversicherung. ¹³Jahresabrechnungen, die nicht oder nach dem 31. Dezember 2025 bei den Pflegekassen eingereicht werden, führen zu einer Kürzung ausgezahlter Ergänzungshilfen der Pflegeeinrichtungen um 20 Prozent für den betreffenden Zeitraum.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich in Richtlinien das Nähere zum Zahlungsverfahren sowie zur Meldung nach Absatz 4 Satz 4 fest. ²Hierbei ist auch jeweils eine für die Auszahlung zuständige Pflegekasse zu bestimmen. ³Das Bundesamt für Soziale Sicherung ist an den Richtlinien nach Satz 1 zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(4) ¹Die ausgezahlten Beträge werden den Pflegekassen im Verfahren des monatlichen Ausgleichs nach § 67 vom Bundesamt für Soziale Sicherung erstattet. ²Der Bund zahlt zur Refinanzierung der durch die Pflegekassen an die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen geleisteten Ergänzungshilfen und erstatteten Energieberatungskosten in den Jahren 2023 und 2024 insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro an den Ausgleichsfonds. ³Der Bund zahlt die Mittel in Höhe von 1,5 Milliarden Euro für das Jahr 2023 bis zum 6. Januar 2023 und Mittel in Höhe von 500 Millionen Euro für das Jahr 2024 bis zum 29. Dezember 2023 an den Ausgleichsfonds. ⁴Die Pflegekassen melden monatlich bis zum 10. die Summe der im Vormonat an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen geleisteten Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Energiekosten sowie die Summe der im Vormonat

an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen geleisteten Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Stromkosten an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. ⁵Dieser leitet die Angaben gesammelt innerhalb von zehn Tagen an das Bundesamt für Soziale Sicherung weiter. ⁶2023 nicht verausgabte Mittel des Bundes sind in das Jahr 2024 übertragbar. ⁷2024 nicht verausgabte Mittel fließen bis zum Jahresende 2024 an den Bundeshaushalt zurück.

(5) ¹Für den Zeitraum der Inanspruchnahme der Ergänzungshilfen nach Absatz 1 besteht kein Anspruch auf prospektive Berücksichtigung gestiegener Aufwendungen für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Fernwärme und leitungsgebundenen Strom bei der Bemessung und Vereinbarung der Pflegevergütung nach § 85 sowie der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87. ²§ 82 Absatz 5 findet mit der Maßgabe Anwendung, dass die Pflegekassen als Partei der Pflegesatzvereinbarung verpflichtet sind, mit den weiteren Parteien die Voraussetzungen für den Abschluss einer entsprechenden Ergänzungsvereinbarung zu prüfen; besteht ein Bedarf für eine Ergänzungsvereinbarung, so ist diese innerhalb von acht Wochen nach Erhalt der Angaben nach Absatz 2 Satz 1 abzuschließen. ³Dabei sind Doppelfinanzierungen für zurückliegende Zeiträume in der prospektiv ausgerichteten Ergänzungsvereinbarung mit zu berücksichtigen. ⁴Die Pflegesatzkommissionen nach § 86 sowie vergleichbare landesspezifische Vertragsgremien der Selbstverwaltung können sich auf Verfahren für die Umsetzung verständigen. ⁵Die Pflegeeinrichtungen haben den Pflegekassen die Umsetzung der Ergänzungsvereinbarung nachzuweisen.

(6) ¹Zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, die einen Erstattungsbetrag nach Absatz 1 erhalten, werden verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2023 eine Energieberatung durch einen Gebäudeenergieberater durchführen zu lassen. ²Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Pflegekassen einen Nachweis über die erfolgte Beratung und die konkreten Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlungen zu übermitteln. ³Wird der Nachweis bis zum 15. Januar 2024 nicht an die Pflegekassen übermittelt, wird der ausgezahlte Erstattungsbetrag für die Monate Januar 2024 bis einschließlich April 2024 um jeweils 20 Prozent gekürzt. ⁴Die Kosten der Energieberatung nach Satz 1, die zwischen dem 1. Dezember 2022 und dem 31. Dezember 2023 durchgeführt worden ist, sind mit Vorlage der Rechnung als Kostennachweis bis zum 30. August 2024 im Zuge der nach Absatz 1 Satz 1 geleisteten Ergänzungshilfe bei Einrichtungen mit bis zu 60 Plätzen bis zu einer Höhe von 4000 Euro, bei Einrichtungen mit bis zu 150 Plätzen bis zu einer Höhe von 6000 Euro und bei Einrichtungen mit mehr als 150 Plätzen bis zu einer Höhe von 7500 Euro erstattungsfähig, sofern diese Kosten nicht aus anderen Fördermitteln finanziert werden. ⁵Der sich nach diesem Absatz ergebende Erstattungsbetrag ist jeweils spätestens vier Wochen nach Eingang aller nötigen Angaben auszuzahlen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Abschnitts insbesondere auf die Entwicklung der Heimentgelte und legt hierzu bis zum 29. November 2024 einen entsprechenden Bericht vor.

Übersicht

	Rn.
I. Geltende Fassung	1
II. Normzweck	2

	R.n.
III. Ergänzungshilfe (Abs. 1)	3
IV. Verfahren (Abs. 2, 3)	6
V. Finanzierung (Abs. 4 und 5)	9
VI. Energieberatung (Abs. 6)	11

I. Geltende Fassung

- 1 § 154 wurde nach einem Gesetzgebungsverfahren mit einer Dauer von weniger als einem Monat als einzige Vorschrift des neuen 4. Abschnitts mWv 24.12.2022 eingefügt durch Art. 5 Nr. 3 Gesetz zur Einführung von Preisbremsen für leitungsgebundenes Erdgas und Wärme (v. 20.12.2022, BGBl. I 2560). Abs. 1 S. 6 wurde eingefügt mWv 3.8.2023 durch Art. 7 Nr. 2 lit. a EWPBG/StromPBG/uaÄndG (vom 26.7.2023, BGBl. I Nr. 202). Abs. 2 wurde neu gefasst durch Art. 8t Nr. 1 Pflegestudiumstärkungsgesetz (vom 12.12.2023, BGBl. I Nr. 359) mWv 1.1.2024, Art. 8t Nr. 2 dieses Gesetzes änderte mWv 1.1.2024 Abs. 4 S. 2. Abs. 4 S. 3 wurde geändert durch Art. 7 Nr. 3 HaushaltsfinanzierungsG 2023 (vom 22.12.2023, BGBl. I Nr. 406) mWv 29.12.2023. Abs. 6 S. 4 wurde mWv 3.8.2023 eingefügt durch Art. 7 Nr. 2 lit. b EWPBG/StromPBG/uaÄndG (vom 26.7.2023, BGBl. I Nr. 202). MWv 1.1.2024 wurden Abs. 6 S. 4 geändert und S. 5 eingefügt durch Art. 8t Nr. 3 lit. a und b Pflegestudiumstärkungsgesetz (vom 12.12.2023, BGBl. I Nr. 359).

II. Normzweck

- 2 § 154 soll die steigenden Energiekosten teil- und vollstationärer Pflegeeinrichtungen abfedern, nachdem der Krieg in der Ukraine ab Februar 2022 die Situation an den Energiemärkten immer weiter verschärft hatte und massive Preissteigerungen für Gas und Wärme zu verzeichnen waren. Die Preisbremse ist Teil eines **Maßnahmenbündels („Abwehrschirm“**, vgl. BT-Drs. 20/4683, 52), das parallel Regelungen auch für private, gemeinnützige, gewerbliche und industrielle Letztverbraucher, Krankenhäuser (§ 26f KHG) und Rehabilitationsträger (§ 36a SGB IX) vorsieht. Sie beruht auf der Vorarbeit des Berichts der Expertenkommission „Sicher durch den Winter“, S. 25 (<https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Energie/abschlussbericht.html>), die darauf hingewiesen hatte, dass langwierige Verhandlungen und Schiedsstellenverfahren um Refinanzierungsmöglichkeiten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vermieden werden sollten.

III. Ergänzungshilfe (Abs. 1)

- 3 Die Ergänzungshilfe für Pflegeeinrichtungen in Abs. 1 S. 1 deckelt die Gas-, Fernwärme- und Strompreise auf das Niveau des Monats März 2022. Die Vorschrift erfasst **voll- und teilstationäre Einrichtungen sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Hospize** mit Zulassung nach § 72. Ambulante Pflegeeinrichtungen werden nicht begünstigt, für sie gilt die Preisbremse für kleine und mittlere Unternehmen (BT-Drs. 4683/20, 107). Von § 154 erfasste Einrichtungen erhalten für leitungsgebundenes Erdgas, Fernwärme und Strom im Zeitraum **Oktober 2022 bis einschließlich April 2024** eine Erstattung der Differenz zwischen der jeweiligen laufenden monatlichen abschlägigen Vorauszahlung für die genannten Verbrauchsgüter und der Vorauszahlung für den Verbrauch des Monats März 2022; für später in Betrieb genommene Einrichtungen wird die Differenz zum Neukundenpreis am

15.2.2022 gebildet (Abs. 1 S. 5). Die Einrichtung hat nach Abs. 1 S. 6 einen Anspruch auf Mitteilung dieses Preises gegen den Versorger. Andere öffentliche Zuschüsse mit gleicher Zielsetzung werden auf die Ergänzungshilfe angerechnet. Soweit andere Leistungen bei Antragstellung bekannt sind, sind sie nach Abs. 1 S. 2 von der Ergänzungshilfe abzuziehen. Ansonsten erfolgt später im Verfahren nach Abs. 2 eine entsprechende Minderung, Abs. 1 S. 4.

Andere und nicht leistungsgebundene Energieträger, zB Heizöl oder Flüssiggas, sind von § 154 nicht erfasst (allg. kritisch hierzu Siemsen/Schlegel EnK-Aktuell 2022, 01127). **Die Ergänzungshilfe wird nur für den Verbrauch der zugelassenen Einrichtung geleistet;** so sind beispielsweise räumlich abgetrennte Verwaltungsgebäude oder Konzernzentralen nicht erfasst. Erfolgt eine gemeinsame Strom- und Energieversorgung in einem Gebäude mit nicht von § 154 erfassten Verbrauchern, ist eine anteilige Berechnung vorzunehmen. In der Parallelvorschrift zu § 154 für Krankenhäuser ist die Aufteilung bei gemeinschaftlicher Nutzung mit einer Pflegeeinrichtung ausdrücklich erwähnt, vgl. § 26f Abs. 4 S. 2 KHG.

Gegen die Preisbremsen für leistungsgebundenes Gas, Wärme und Strom für Letztverbraucher und Industrieunternehmen nach dem EWPBG hat die EU-Kommission unter dem Befristeten Krisenrahmen (dazu vgl. C(2022) 7945 final v. 28.10.2022, ABl. 2022/C 426/01) keine Einwände erhoben (State Aid 104606 (2022/N), C(2022) 9995 final/2 v. 21.12.2022, ABl. 2023/C 61/01). Die Ergänzungshilfe wird aber in der genannten Entscheidung der Kommission nicht erwähnt. Die gesonderten Preisbremsen für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen sind offenbar **nicht zur Prüfung bei der EU-Kommission vorgelegt worden**, obwohl sie einen Gesamtumfang von bis zu 8 Mrd. EUR (BT-Drs. 20/4683, 3) aufweisen und den Tatbestand einer Beihilfe gem. Art. 107 AEUV erfüllen. Art. 15 Gesetz zur Einführung des EWPBG und zur Änderung weiterer Vorschriften macht auch nur das Inkrafttreten des EWPBG von der beihilferechtlichen Freigabe abhängig, nicht aber die Preisbremse für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und für Pflegeheime; auch § 50 StromPBG enthält einen entsprechenden Vorbehalt. Die Materialien lassen nicht erkennen, auf welcher Grundlage auf eine beihilferechtliche Notifizierung der Preisbremsen für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und für Pflegeheime verzichtet wurde bzw. verzichtet werden durfte.

IV. Verfahren (Abs. 2, 3)

Abs. 2 regelt das Verfahren für die Gewährung und Auszahlung der Ergänzungshilfe. Dies wird näher ausgestaltet durch die auf Grundlage von Abs. 3 durch den Spitzenverband Bund mWv 1.4.2023 erlassenen **Ergänzungshilfe-Richtlinien**. Die Frist des Abs. 2 S. 3 zur erstmaligen Einreichung der für die Ergänzungshilfe erforderlichen Unterlagen, also mit Rückwirkung für die Monate ab Oktober 2022, begann daher erst an diesem Tag. Jedoch war der Gesetzgeber offenbar von einem Inkrafttreten der Richtlinien spätestens am 1.3.2023 ausgegangen, weil die „zurückliegenden Monate“ in Abs. 2 S. 2 mit Februar 2023 enden, also den März 2023 nicht erwähnen. Daher wird auch in den Fragen und Antworten zur Umsetzung der Ergänzungshilfen-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 154 Abs. 3 S. 1 SGB XI (Stand 18.10.2023) weiterhin der 22.3.2023 angegeben. Abgesehen von dieser Diskrepanz ist das vorgenannte Datum unrichtig berechnet, weil entgegen dem Wortlaut von Abs. 2 S. 3 nicht 15 Tage, sondern 15 Werktage für die Antragstellung eingeräumt werden. Die Handhabung ist aber unbedenklich, weil der Zugang zu der Ergänzungshilfe dadurch erleichtert wird.

Für Folgezeiträume ist der Antrag – gerichtet auf den jeweils gerade vergangenen Monat – bis zum 15. des Folgemonats zu stellen, Abs. 2 S. 1. Allerdings sieht Abs. 2 S. 6 vor, dass der Erstattungsbetrag bei gleichbleibender Vorauszahlung bzw. Höhe

der gewährten öffentlichen Zuschüsse auch für die Folgemonate gewährt wird, so dass es für diesen wohl regelhaft gegebenen Fall keines monatlich wiederholten Antrages bedarf. Die **Ergänzungshilfe wird durch die Pflegekassen binnen vier Wochen nach Eingang der Angaben ausgezahlt**, Abs. 2 S. 5. In den meisten Bundesländern ist jeweils eine Pflegekasse für alle Einrichtungen eines Landkreises zuständig. Verfügt ein Leistungserbringer über mehrere Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Kreisen, ergeben sich daher ggf. unterschiedliche Zuständigkeiten. Abs. 2 S. 7–10 regeln das Verfahren bei zwischenzeitlicher Änderung von Abschlagszahlungen und die Berücksichtigung von Nachforderungen und Rückzahlungen in Jahresabrechnungen. Grundsätzlich sind jegliche **Nachweise bis 31.8.2024 vorzulegen**, Abs. 2 S. 4. Davon abweichend verlängert sich die Frist zur Nachreichung der Jahresabrechnungen auf den 31.12.2025, wenn diese den Pflegekassen nicht bis zu dem in Abs. 2 S. 4 genannten Enddatum 31.8.2024 vorgelegt worden ist. Wird die Jahresabrechnung noch später oder gar nicht eingereicht, mindert sich die Ergänzungshilfe gem. Abs. 2 S. 13 pauschal um 20 Prozent.

- 8 Nachzahlungen oder Rückzahlungen der Ergänzungshilfe erfolgen **zu Lasten bzw. zu Gunsten der sozialen Pflegeversicherung**, wenn die Abrechnung nach dem 31.8.2024 vorgelegt wird (Abs. 2 S. 12). Die Haftung für die Erstattung von Ergänzungshilfe für nach dem Stichtag eingereichte Jahresendabrechnungen wird hierdurch auf die Beitragszahler übertragen. Der Gesetzgeber erklärt die Regelung in BT-Drs. 20/8901, 174 damit, dass die Abwicklung des Wirtschaftsstabilisierungsfonds bis Ende 2024 nicht gefährdet werden soll. Darin liegt keine hinreichende Begründung für die systemwidrige Überwälzung des Kostenrisikos. Der Bund tritt nach § 26g Abs. 2 S. 2 StFG in die Rechte und Pflichten des Fonds ein. Schon dies begründet seine Verpflichtung, mit anderen eigenen Mitteln als denen des Wirtschaftsstabilisierungsfonds für Forderungen aus Jahresendabrechnungen einzustehen, die erst nach dem 31.8.2024 vorgelegt werden. Eine solche Gestaltung wäre problemlos möglich gewesen und hätte die Abwicklung des Fonds nicht beeinträchtigt. Es kann nunmehr der Fall eintreten, dass bis 31.8.2024 nicht verbrauchte Mittel an den Bund zurückfließen (Abs. 4 S. 7), aber gleichwohl Erstattungen durch die soziale Pflegeversicherung zu leisten sind.

V. Finanzierung (Abs. 4 und 5)

- 9 Die geleistete Ergänzungshilfe ist als Ausgabe der Pflegekassen diesen nach Abs. 4 S. 1 im monatlichen Finanzausgleich gem. § 67 „vom BAS“ zu erstatten, womit gemeint ist, dass dies aus Mitteln des Ausgleichsfonds erfolgt. Ein **Bundeszuschuss von insgesamt 2 Mrd. EUR** an den Ausgleichsfonds soll die Aufwendungen decken. Er wird nach Maßgabe von Abs. 4 S. 2 und 3 in zwei Teilbeträgen Anfang bzw. Ende 2023 gezahlt und fließt Ende 2024 wieder an den Bundeshaushalt zurück, soweit er nicht verbraucht worden ist (Abs. 4 S. 7). Ursprünglich sollte die Rate für 2024 erst im Januar 2024 gezahlt werden. Dies wurde vorgezogen, weil der Wirtschaftsstabilisierungsfonds zum 31.12.2023 geschlossen wurde (vgl. BT-Drs. 20/9666, 20). Die nach Abs. 4 S. 4 und 5 zu meldenden bzw. weiterzuleitenden Daten über die Höhe der geleisteten Ergänzungshilfe sollten ggf. eine Erhöhung des Zuschusses durch den Bund ermöglichen, wenn sich abzeichnet, dass die Mittel nicht ausreichen. Nachdem die Haftung für die Abrechnungsfälle nach dem 31.8.2024 auf die soziale Pflegeversicherung übertragen worden ist (→ Rn. 8), ist nicht davon auszugehen, dass der Bund weitergehende Zahlungen leisten wird.
- 9a Die Mittel für die Ergänzungshilfe sollten **ursprünglich aus dem Wirtschaftsstabilisierungsfonds** geleistet werden. Nach der Entscheidung des BVerfG (15.11.2023 – 2 BvF 1/22, WM 2023, 2236 = NJW 2023, 3775) erachtete der Gesetzgeber diesen Finanzierungsweg als verfassungswidrig (vgl. BT-Drs. 20/9500,

4). Der Fonds ist daher gem. § 26g Abs. 2 S. 1 StFG zum 31.12.2023 für Maßnahmen zur Abfederung der Energiekrise aufgelöst worden und wird bis Ende 2024 abgewickelt. Stattdessen wurden mit dem Nachtragshaushaltsgesetz 2023 die **Preisbremsen mittels Darlehen finanziert**. Die Maßnahmen nach dem EWPBG und dem StromPBG sind vor diesem Hintergrund Ende 2023 ausgelaufen. § 154 gilt hingegen weiter, so dass im Jahr 2024 im Bereich des SGB XI nur noch die stationären, aber nicht mehr die ambulanten Einrichtungen von Preisbremsen für Energie begünstigt werden. Durch die Vorverlegung des Zahlungstermins der Rate für 2024 auf den 29.12.2023 (→ Rn. 9) werden die Leistungen gem. § 154 auch für 2024 aus den Darlehensmitteln des Nachtragshaushaltsgesetzes 2023 finanziert. Diese Übertragung auf das Folgejahr ist nach Abs. 4 S. 6 zulässig.

Die Zuwendungsempfänger können nach Abs. 5 S. 1 bei **Pflegesatzverhandlungen** gem. §§ 85, 87 nicht geltend machen, dass die Kosten für Gas, Fernwärme bzw. Strom im Zeitraum der Inanspruchnahme von Ergänzungshilfe prospektiv steigen. Auch die Kosten für die Energieberatung können nicht refinanziert werden, soweit eine Erstattung gem. Abs. 6 S. 4 erfolgt. Sollten bereits Vergütungsvereinbarungen für Zeiträume der Ergänzungshilfe abgeschlossen worden sein, sind sie nach Abs. 5 S. 2, § 82 Abs. 5 innerhalb von acht Wochen nach Eingang der Unterlagen gem. Abs. 2 S. 1 durch Ergänzungsvereinbarungen zu ändern. Soweit mit den Ergänzungsvereinbarungen **Doppelfinanzierungen für zurückliegende Zeiträume** beseitigt werden, erfolgt dies nach Abs. 5 S. 3 zukunftsgerichtet. Dies soll der Vereinfachung dienen, damit nicht wegen der pro Bewohner vergleichsweise geringen pflegetäglichen Beträge eine aufwändige Neuberechnung für alle Betroffenen erfolgen muss (BT-Drs. 20/4683, 108). Die Auswirkungen der Preisbremse, insbesondere auf die Heimentgelte, sind nach Abs. 7 durch den Spitzenverband Bund zu evaluieren.

VI. Energieberatung (Abs. 6)

Nach Abs. 6 sind die begünstigten Einrichtungen verpflichtet, bis 31.12.2023 eine **Energieberatung durch einen Gebäudeenergieberater** durchführen zu lassen. Gleichwertig sind nach Nr. 6 Abs. 1 S. 3 Ergänzungshilfe-Richtlinien auch der Abschluss eines Umweltmanagementsystems gem. EMAS III oder eines Energiemanagements gem. ISO 50001. Nach Nr. 6 Abs. 1 S. 2 Ergänzungshilfe-Richtlinien können Energieberatungen und hieraus resultierende konkrete Maßnahmen zur Umsetzung, **welche ab dem Jahr 2020 durchgeführt wurden**, als Nachweis vorgelegt werden. In der Praxis der Pflegekassen werden teilweise weitergehend auch die (schon länger verpflichtenden) Energieaudits nach dem EDL-G akzeptiert. Eine Verpflichtung auf die Umsetzung der in der Energieberatung empfohlenen Maßnahmen ist nicht vorgesehen. Wird der Nachweis nicht bis 15.1.2024 vorgelegt, sind die Erstattungsbeträge der Ergänzungshilfe für die Monate Januar 2024 bis April 2024 um jeweils 20 Prozent zu kürzen, Abs. 6 S. 3. In diesen Monaten kann sich eine Kürzung um 40 Prozent ergeben, wenn die Jahresendrechnung nicht oder erst nach dem 31.12.2025 vorgelegt wird (→ Rn. 7).

Die **Kosten für die Energieberatung** sollen nicht die Entlastung der Pflegebedürftigen mindern, indem sie auf die Bewohner umgelegt werden (vgl. BT-Drs. 20/6873, 56). Gemäß Abs. 6 S. 4 werden daher die Kosten der Energieberatung, die zur Umsetzung der Verpflichtung gem. Abs. 6 S. 1 beauftragt worden sind, den Pflegeeinrichtungen mit **nach der Größe der Einrichtungen gestaffelten Beträgen erstattet**. Dies erfasst die Energieberatungen, die zwischen Dezember 2022 (Monat des Inkrafttretens von § 154) und 31.12.2023 durchgeführt worden sind und schließt eine Erstattung der Kosten zB für Energieaudits nach EDL-G (→ Rn. 11) aus. Die Rechnung ist den Pflegekassen bis 30.8.2024 vorzulegen.

Abs. 6 S. 5 stellt klar, dass auch die vierwöchige Frist für die Erstattungen der Kosten der Energieberatung erst nach Vorliegen der vollständigen Antragsunterlagen beginnt (BT-Drs. 20/8901, 174).

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen im Wohnbereich	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeein- trächtigt	Fähigkeit größten- teils vor- handen	Fähigkeit in geringem Maße vor- handen	Fähigkeit nicht vor- handen
2.9	Mitteilen von elementa- ren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Auforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

**Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problem-
lagen**

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	Nie oder sehr selten	selten	häufig	täglich
3.1	Motorisch geprägte Ver- haltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungs- lage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschl. Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Ein gießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmal-katheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	0			

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag.

Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	Monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	Monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	über- wiegend selbständig	über- wiegend unselb- ständig	unselb- ständig
6.1	Gestaltung des Tagesab- laufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Pla- nungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Perso- nen außerhalb des direk- ten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module		Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität		10%	0–1	2–3	4–5	6–9	10–15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
			0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		15%	0–1	2–5	6–10	11–16	17–33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen			0	1–2	3–4	5–6	7–65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung		40%	0–2	3–7	8–18	19–36	37–54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
			0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen		20%	0	1	2–3	4–5	6–15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
			0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte		15%	0	1–3	4–6	7–11	12–18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
			0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten			Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung								

Sachverzeichnis

(Fette Zahlen = Paragraphen, magere Zahlen = Randnummern)

Abgeordnete

- Beitragszuschuss **61** 13
- Versicherungspflicht **24**

Abrechnung pflegerischer Leistungen

- abweichende Vereinbarungen **106** 2 ff.
- Angaben für Abrechnungsprüfung **105** 5 ff.
- Datenaustausch **105** 2 ff.
- maschinenlesbare Unterlagen **105** 3
- Schiedsstellenverfahren **105** 11
- Vereinfachungen **106** 2 ff.
- Verfahrensbeschleunigung **105** 13

Abrechnungsprüfung **114** 13

- Umfang **79** 7

Abruf professioneller Pflegeberatung **37** 12 ff.

- Durchführung **37** 18
 - durch Beratungsstellen **37** 14, 20
 - durch kommunale Beratungspersonen **37** 20 f.
 - durch Pflegeberater **37** 20
 - durch Pflegedienst **37** 14
- Empfehlungen zur Qualitätssicherung **37** 19
- Kosten **37** 16, 26
- Mitteilungspflicht **37** 17; **106a**
- Nichtvornahme **37** 31 f.
- Pflicht zum Abruf **37** 13
- Qualitätssicherung **37** 29 ff.
- Recht zum Abruf **37** 15
- Sanktionen **37** 18
- Zeitpunkt des Abrufs **37** 13

Abstufungsprämie **87a** 13 ff.

Additionspflege **44** 26

Adoption

- Beitragszuschlag **55** 12

Advanced Practice Nurse **8** 5

Akteneinsichtsrecht

- medizinischer Dienst **97** 10

aktivierende Pflege **11** 4; **28** 14; **36** 14

Aktivierung **43b**

Aktivitäten, außerhäusliche

- Begutachtung der Fähigkeiten zu – **18a** 7

ALG-I-Bezieher

- beitragspflichtige Einnahmen **57** 6
- Beitragstragung **59** 4
- Beitragszahlung **60** 15

Alltagskompetenz

- eingeschränkte
 - Leistungen **45a** 3 f.

- Gestaltung des Alltagslebens **14** 19 ff.
- mehrschrittige Handlungen/Entscheidungen **14** 13, 20

Alltagskompetenz

- Modul 6 **15** 31

ambulante Pflegeeinrichtung s. a. Pflegeeinrichtung; **71** 4

- Abgrenzung zur stationären – **71** 5
- Leistungsbreite **71** 7 f.
- Leistungsinhalt **71** 6
- Leistungsort **71** 5
- Pflegeangebot **71** 7
- Pflege-Pflichteinsatz **72** 24
- qualitative Voraussetzungen **71** 7
- zeitliche Dimension **71** 8
- Zulassungsvoraussetzungen **72** 4 ff.

ambulante Pflegeleistungen s. a. häusliche Pflege; **36** 3

- Bemessung der Vergütung **89** 14
- externer Vergleich **89** 14
- Gebührenordnung **90**
- Pflege durch Familienangehörige **90** 5
- Qualitätssicherung **113** 3
- Vergütung s. Vergütungsvereinbarung
- Vergütungsvereinbarung **89** 2 ff.
- Vertragsparteien, Vergütungsvereinbarung **89** 15

Ambulanter Pflegevertrag

- Abschluss **120** 3 f.
- AGB-Kontrolle **120** 6
- Kündigung **120** 5
- Vergütung **120** 9 f.
- Vertragsinhalte **120** 6 ff.

An- und Auskleiden **14** 16 f.

Änderung

- der Verhältnisse **Vor** 28 9
 - des SGB XI Einl. 17 ff.
 - Schweregrad der Beeinträchtigung **14** 7
- ## anerkannte Beratungsstellen **37** 14, 20
- ## Angebote zur Unterstützung im Alltag **45a**; s. a. Unterstützung im Alltag

Angehörige s. a. Pflegeperson

- Vergütung ambulante Pflege **90** 5
 - Verträge bei häuslicher Pflege **77** 8
- ## Anlassprüfung **11**; **114** 17
- Ankündigung **114a** 3

Anleitung **36** 15 f.

Antrag **33** 3 f.

Antragstellung

- anzuwendendes Recht **140** 2

Sachverzeichnis

- Maßgeblichkeit **140 3**
- Antriebslosigkeit 14 15**
- Arbeitgeberanteil 1 9; 58 4**
- Arbeitgebermodell 36 5, 23; 37 7**
- Arbeitnehmer**
 - beitragspflichtige Einnahmen **57 4 f.**
 - Beitragstragung **58 3 ff.**
 - Beitragszahlung/-schuldner **60 5**
 - Versicherungspflicht **20 7 ff.**
- Arbeitsförderungsleistungen**
 - Beitragstragung **59 9**
 - beruflicher Weiterbildung **44 43 ff.**
 - Versicherungspflicht **20 16**
- Arbeitsgemeinschaften der Pflegekassen**
 - Aufsicht **46 12a**
 - Prüfung **46 15**
- Arbeitstage**
 - Nichtanrechnung **150b**
- Arzt**
 - Datenaustausch **93 25**
- Arztbesuche 14**
 - Anl. 1 zu § 15
 - Modul 5 **15 28**
- Aufbau des SGB XI Einl. 2**
- Aufklärung 7 3**
- Aufnahmestopp s. a. Belegungsstopp; 115 14**
- Aufsicht 46 11**
- Auftragsverarbeiter Vor 93 33**
 - Arzt/Ärztin **Vor 93 37**
- Ausbildung/Berufsausbildung s. Studenten und Auszubildende**
- Ausbildungsvergütung 82a**
 - Refinanzierung **82a 2**
- Ausgleichsfonds Vor 54 7**
 - Anlage der Mittel **65 4 ff.**
 - Aufgaben **65 8**
 - Beitragszuführung durch die DRV Bund **60 7**
 - Beitragszuschlag für Kinderlose **60 19**
 - Bundeszuschuss **65 3a**
 - Direktzahlung an – **60 15**
 - Finanzierung durch das Rücklagesoll **64 5**
 - Förderung der Datenerhebung **114b 5**
 - Förderung von Modellvorhaben **65 8**
 - kassenübergreifend **65 2**
 - Kosten **65 7**
 - Rechnungs- und Haushaltswesen **65 5**
 - Telematikinfrastruktur **125 7 f.**
 - Unterfinanzierung **68 6**
 - zugeführte Mittel **65 3**
 - Zuständigkeit **65 2a**
- Auskünfte**
 - an Versicherte **108**
 - Berechtigte **108 4**
 - Familienversicherte **108 4**
- Auskunftspflichten**
 - ab 1.1.2024 **108 5**
 - an Versicherte **108 2 ff.**
 - Anforderung regelmäßiger Überblick **108 5 ff.**
 - der Versicherten **51 5**
 - Mitglieder der Sozialen Pflegeversicherung **50 5 f.**
 - Ordnungswidrigkeiten **121 6**
 - Statistik **109 14**
 - technologieoffen **108 8**
 - Transparenz des Leistungsgeschehens **108 3**
- Auskunftsrecht**
 - Datenschutz **Vor 93 77 ff.**
 - Einschränkungen **Vor 93 80**
 - personenbezogene Daten **94 16**
- Ausland**
 - Anspruch auf Pflegeschlichtung **34 8 ff.**
 - Export von Pflegegeld **34 5**
 - Ruhen der Leistungen **34 4 ff.**
- Ausprägungen**
 - der Beeinträchtigung der Selbständigkeit **15 8**
 - Feststellung durch Gutachter **18 7**
- Beaufsichtigung 36 15**
- Beauftragung der Begutachtung 18 1 ff.; s. a. Begutachtung**
- Bedarfsgerechtigkeit 69 4**
- Beeinträchtigungen**
 - Änderung des Schweregrades **14 7**
 - Feststellung durch Gutachter **18 7**
 - kognitive, kommunikative Fähigkeiten **15 14 ff.**
 - Stellungnahme des Gutachters **18a 24**
- Beginn der Leistungen 33 5**
- Begrenzung des Eigenanteils**
 - Leistungszuschlag **43c 4 f.**
 - Zuschuss bei vollstationärer Pflege **43c**
- Begutachtung**
 - Anpassung der Richtlinie **142a 5**
 - Antragstellung **18 7**
 - Aussetzung von Wiederholungen **142 3**
 - Bearbeitungsfrist
 - Höherstufung und Erstantrag **18c 31**
 - Sanktionen bei Überschreiten **18c 23**
 - Unterbrechung/Hemmung **18c 33 ff.**
 - Befragung Dritter **18a 46**
 - Befragung pflegender Angehöriger/Dritter **18a 46**
 - Begutachtung, fristgerechte **18a 34 ff.**
 - beim Antragsteller **18a 5 ff.**
 - Beiziehung ärztlicher Unterlagen **18a 44**
 - Bindung an Richtlinien **18 6**
 - Corona-Pandemie **18a 20**
 - Dauer der Bearbeitung **18c 6 ff.**
 - Dauer der Pflegebedürftigkeit **18a 5**
 - Dokumentation der Einwilligung **18a 42**
 - Durchführung **18a 29 ff.**

- Eilbedürftigkeit **18a** 30 ff.
- Ermittlung der Beeinträchtigungen **18a** 6
- Evaluation **142a** 17
- Frist **18a** 31 ff.
- Grenzen der Mitwirkung **18a** 13 f.
- Gutachterausswahl **18** 7
- Gutachter privater Pflege-Pflichtversicherungen **18a** 53
- Informationspflicht **18c** 18 ff.
- Inhalt der Empfehlung **18a** 37 ff.
- Inhalt des Gutachtens **18b** 6 ff.
- Leistungsanteile GKV und Pflegeversicherung **18** 11 ff.
- medizinischer Dienst **18a** 50 ff.
- nach Aktenlage **18a** 15 ff.
- Pflegenachrang **18a** 7
- Pflege-Tagebuch **18a** 6
- Qualifikation des Gutachters **18a** 5
- telefonisch **18a** 19
 - Ausschluss **142a** 8
 - Übergangsregelung **142a** 2 ff.
 - Untersuchung im Wohnbereich **142a** 14 ff.
- Übergangsregelungen im Verfahren **142** 2
- Überprüfung, Rechtsweg **18** 20
- unabhängige Gutachter **18a** 50 ff.
- Untersuchung im Wohnbereich **18a** 8
 - Ausnahmen **18a** 15 ff.
- während Corona-Pandemie **18** 21 f.
- Weiterentwicklung des Verfahrens **18e** 2 ff.
- Zusammensetzung der Gutachter **18a** 48
- Zustimmung **18a** 39 ff.
- zwingende Unterlagen **18** 10
- Begutachtungsinstrument Vor 14** 4
 - neu **15** 3
- Begutachtungs-Richtlinie**
 - Anpassung **142a** 5
 - Fundstelle Internet **14** 8
 - Genehmigung des BMG **142a** 12
- Begutachtungsverfahren 18a** 1 ff.
- Behandlungspflege 13** 9; **14** 18; **15** 37; **36** 12
 - als Leistung bei teilstationärer Pflege **41** 7
 - Aufwendungen für ~
 - bei Kurzzeitpflege **42** 8
 - bei vollstationärer Pflege **43** 4, 11
 - konkurrierende Leistungspflicht von Pflegeversicherung und Krankenversicherung **Einkl.** 16; **36** 13
 - medizinische **84** 11 f.
- Behinderte Menschen**
 - Besitzstandsschutz **145** 2
 - Pflege, stationäre Pflegeeinrichtung **71** 17
- Behinderte Menschen in Werkstätten**
 - beitragspflichtige Einnahmen **57** 11
 - Beitragstragung **59** 10

Behinderteneinrichtung

- Leistungspflicht der PK **43a** 9

Beihilfeberechtigte Personen

- Befreiung von der Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung **22** 4
- Beitragssatz in der Sozialen Pflegeversicherung **55** 4
- Beitragstragung **58** 10
- berücksichtigungsfähige Angehörige **28** 5
- kein Beitragszuschuss **61** 13
- Leistungen, Pflegeperson **44** 51 ff.
- Leistungsumfang **28** 5 ff.
- Meldepflicht **23** 11
- Versicherungspflicht in der Privaten Pflegeversicherung **23** 9 ff.

beihilfekonforme Versicherung 23

Beiträge

- Abgrenzung GKV **Vor 54** 4
- außerbetriebliche Berufsausbildung **59** 14a
- Begrenzung der Leistungsausgaben **70** 2 ff.
- Beitragsbemessungsgrenze **Vor 54** 4; **54** 5; **55** 5
- Beitragsberechnung **54** 5
- Beitragsfreiheit **56**
- beitragspflichtige Einnahmen **Vor 54** 4; **57** 3 ff.
- Beitragsrecht **Einkl.** 4a; **Vor 54** 2 ff.; **54** 2 ff.
- Beitragssatz **55** 3 ff.
- Beitragssatz, Entwicklung **Vor 54** 3 ff.
- Beitragssatzstabilität **Vor 54** 4; **70** 3 ff.
- Beitragsschuldner **60**
- Beitragstragung **Vor 54** 5; **58**; **59**
- Beitragszuschlag/-abschlag **55** 6 ff.
- Beitragszuschuss **61**
- Datenverarbeitung **94** 9
- Finanzierungsbestandteile **54** 3
- für Pflegepersonen
 - an berufsständische Versorgungswerke **44** 33
 - GVR **44** 16 ff.
- geistliche Genossenschaften **Vor 54** 4
- Prüfung der Beitragsabführung **60** 16
- Selbstzahler **46** 8; **57** 25
- Zahlungsauftrag und -weg **60** 13 ff.
- Zahlungsverpflichtung **Vor 54** 5
- Zahlungsverzug **60** 17
- Beitragsabschlag für Eltern**
 - Beitragstragung durch das Mitglied **59a** 3
 - Beitragstragung durch Dritte **59a** 4
 - Berücksichtigung **59a** 2 f.
- Beitragsbemessungsgrenze**
 - mehrere Einnahmequellen **57** 5
- Beitragsbescheide**
 - Erlass an Selbstzahler **46** 8
 - Soziale Pflegeversicherung als Urheber **46** 6 f.

Sachverzeichnis

Beitragssatz

- Anpassung 55 3a
- Beitragsabschlag 55 13 f.
- Beschleunigungsvorschriften 55 3b
- Eltern 55 11
- Entwicklung **Vor 54 3**
- Halbierung 55 4
- Kinderlosenzuschlag 55 3
- landwirtschaftliche Unternehmer 55 19 ff.
- Nachweis der Elternschaft/Kinderzahl 55 15 ff.

Beitragssatzstabilität 70 3 ff.

Beitragsschuldner 60 3 ff.

Beitragstragung

- Abschlag für Eltern 59a 2 ff.
- abweichende Verteilung 58 7 ff.
- bei nicht versicherungspflichtig Beschäftigten 59 2 ff.
- bei versicherungspflichtig Beschäftigten 58 2 ff.
- Beschäftigungsort 58 6
- Entgelte im Übergangsbereich, Gleitzone 58 11
- Geringfügigkeitsgrenze 58 13
- Grundsätze 54 1 ff.
- Kinderlosenzuschlag 58 9; 59 19
- Krankengeldbezieher 59 15 f.
- Kurzarbeiter 58 8
- paritätische 58 5 f.
- Rechenvorgang 58 12
- Rechtssicherheit bei Vergütung 70 5
- Streichung eines Feiertages 58 10

Beitragszuschlag

- Bürgergeld 55 9
- Entfallen 55 12
- kinderlose Landwirte 55 20
- Kinderlosenzuschlag 55 7 ff.

Beitragszuschlag für Kinderlose

- Ausnahmen 55 9
- Beitragsschuldner 60 19
- Beitragstragung 58 9
- Kinderlosenzuschlag 59 19
- Tragung *s. Beitragstragung*

Beitragszuschuss 61

Beitrittsgebiet

- abweichende Beitragsbemessung 54 6; 55 5

Belastungsgrenze

- Zuzahlung bei Hilfsmitteln 40 19, 40

Belegungsstopp 117 5

Benachrichtigungspflicht

- bei drohender Pflegebedürftigkeit 7 4
- Dritter 7 7

Beratung 7 3

- Modellvorhaben zur kommunalen Beratung 124

Beratungseinsatz *s. a. Abruf professioneller Pflegeberatung; 37 12 ff.*

Beratungsstellen 37 14, 20

berufliche Weiterbildung 44 43 ff.

Berufsausbildung

- außerbetriebliche, Beitragstragung 59 14a

Beschäftigte *s. versicherungspflichtige Beschäftigte*

Besitzstandsschutz

- bei häuslicher Pflege 141 4
- beim Eigenanteil in stationärer Pflege 141 8
- Entlastungsbetrag 45b 9
- für Menschen mit Behinderungen 145 2
- für Pflegepersonen 44 11 ff.; 141 11 ff.
- in Einrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung 141 16
- Leistungen **Vor 140**
- verspätete Antragstellung 140 12

Besondere Bedarfskonstellation

- Kinder 15 36

Bestandsschutz

- für Pflegeeinrichtungen 73 7 ff.

Beteiligungsrrecht

- anwendbare Vorschriften 118 10 ff.
- im Rahmen der Schaffung oder Änderung von Richtlinien 118 2 ff.
- Katalog 118 4
- Rechtsnatur 118 5

Betreuung des Pflegebedürftigen

s. a. soziale Betreuung

- durch die PK 12 7; **Vor 28 13**
- Modellvorhaben zur kommunalen Beratung 123 1; 124
- niedrigschwellige Betreuungsangebote *s. Unterstützung im Alltag*
- Unterstützung im Alltag 45a
- zusätzliche Betreuung 43b

Betreuungs- und Entlastungsleistungen

s. a. pflegerische Maßnahmen s. a. Entlastungsbetrag

- als ambulante Sachleistung 36 7, 10
- Begriff, Unterstützung im Alltag 45a 7
- bei stationärer Pflege 41 7; 42 8
- für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz 45a
- für Pflegebedürftige 43b; 45a
- Höhe, monatlich 45a 3
- Überleitung 144 3
- Überleitung im PSG II 141 6

Betreuungsdienste

- ambulante 71 9 ff.
- Anforderungen an Qualitätsmanagement 112a 4
- Qualifikationsanforderungen an Betreuungskräfte 113 6
- Regelversorgung 112a 2
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes 112a 4 f.

- verantwortliche Fachkraft 71 30

Betreuungsgeld

- Beitragsfreiheit des – 56 11a

Betreuungsinitiativen 45c 4

Betreuungskräfte

- zusätzliche 53b 3 ff.

Betriebs- und Geschäftsgeheimnis

- Datenschutz 94 5
- Sozialgeheimnis 93 10

Betriebsmittel 62 2

- Anlage 63 6
- Definition 63 3
- Höhe 63 4
- Verwendung 63 3

Betriebsuntersuchung 117 5

Bewertung

- von Beeinträchtigungen
 - bei Kindern 15 38
 - Kleinkindern 15 40

Bewertungsskala

- kognitive Fähigkeiten 15 16
- kommunikative Fähigkeiten 15 16
- psychische Problemlagen 15 18
- Verhaltensweisen, psychische Problemlagen 15 18

Bewertungssystematik Vor 14 8 ff.; 15 33

- gewichtete Punkte 15 Anl. 2
- Summe der Punkte und gewichtete Punkte 15 Anl. 2
- Vergleich mit bisherigem System 14 9

bisher nicht Versicherte s. *Rückkehrer in die Soziale Pflegeversicherung*

Blutzuckermessen

- Selbstversorgung 14 18a

Bund

- Aufgaben 10
- Bundespflegeausschuss 10 2 f.

Bundesversorgungsgesetz

- Entschädigungsleistungen nach dem BVG 13 4 f.
- Versicherungspflicht für Bezieher von Gesundheitsleistungen nach dem BVG 21 6

Bundeszuschuss 61a 2 ff.

Bürgergeld

- Beiträge landwirtschaftliche Unternehmer 55 21
- beitragspflichtige Einnahmen 57 6 f.
- Beitragstragung 59 5
- Beitragszahlung/-schuldner 60 4
- Beitragszuschlag für Kinderlose 55 9
- Versicherungspflicht 20 17

Bußgeldvorschrift 121

Corona-Pandemie

- Ausgleichsfonds 65 3a
- Begutachtung 18a 20 ff.
- digitale Fortbildung 113 3

- Kostenerstattung 150; 153

- Kurzzeitpflege 149

- Pflegebonus 150a

- Qualitätsprüfung 114 10

- Sonderleistungen für Pflegeeinrichtungen 150c

- übergangsweise telefonische Begutachtung 142a 2

- Verordnungsermächtigung 152

- Zulassungsvoraussetzungen 72 9

- Zuschlag, private Pflegeversicherung 110a 2 ff.

Datenerhebung

- Definition **Vor 93 38**
- Direkterhebung **Vor 93 40 f.**
- Einwilligung 93 18; **Vor 93 41**
- Erforderlichkeit **Vor 93 39**
- indikatorengestütztes Verfahren 114b 2 ff.
- Speicherung von Sozialdaten **Vor 93 42**
- Übermittlung **Vor 93 43 ff.**
- Zulässigkeit 93 15 ff.
- Zustimmung der Angehörigen 100 6

Datennutzung

- bei Forschungsvorhaben 98 2 f.

Datenschutz

- allgemeine Grundsätze **Vor 93**
- anwendbare Vorschriften **Vor 93 63 ff.; 93 2 ff.**
- Arzt als Auftragsverarbeiter **Vor 93 37**
- ärztliche Schweigepflicht **Vor 93 55 ff.**
- Auftragsverarbeiter **Vor 93 33**
- Austausch zwischen Ärzten **Vor 93 46**
- Begriffsbestimmungen **Vor 93 25 ff.**
- Begutachtung 18 9
- bei Beratung durch die Pflegekasse 7 5
- besondere Kategorien **Vor 93 27**
- Betriebs- und Geschäftsgeheimnis 94 5
- Betroffenenrechte **Vor 93 70 ff.**
- Daten zur Durchführung der sozialen Sicherung von Pflegepersonen 44 48, 54
- Datenaustausch mit DRV Bund 50 7
- Datentransfer zwischen Krankenkasse und Pflegekasse 50 7
- Datenübermittlung 93 21 ff.
- Datenübertragbarkeit **Vor 93 85**
- digitale Pflege und Versorgung 78a 24
- Dritter **Vor 93 30**
- Einwilligung **Vor 93 47 ff.**
- EU-Recht **Vor 93 7 ff.**
- Forschungsvorhaben 98 2 ff.
- gemeinsame Verantwortliche **Vor 93 35 f.**
- Hausbesuche **Vor 93 60 ff.**
- Informationspflichten **Vor 93 71**
- integrierte Versorgung 92b 5
- Klagemöglichkeiten **Vor 93 95 ff.**
- Löschen von Daten 107

Sachverzeichnis

- personenbezogene Daten **Vor 93** 25; **94** 2 ff.
- Pflegeberatung **7a** 27; **7b** 9
- Pflegestützpunkte **7c** 13
- private Versicherungsunternehmen **Vor 93** 64 ff.
- Qualitätssicherung/-prüfung **97c** 3
- Recht auf Löschung **Vor 93** 84
- Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung **Vor 93** 86 ff.
- Sanktionen **Vor 93** 86
- Sanktionen, verfahrensrechtliche **Vor 93** 91 ff.
- Schadensersatz **Vor 93** 87 ff.
- Sozialdaten **Vor 93** 28 f.
- Sozialgeheimnis **93** 3
- Speichern von Daten **93** 19 f.
- Stellen gem. § 47a **47a** 8 ff.
- Übersicht der gespeicherten Daten **96** 3 f.
- unabhängige Gutachter **97d** 2 ff.
- Verantwortlicher **Vor 93** 30 f.
- verfassungsrechtliche Grundlagen **Vor 93** 2
- Verstorbener **93** 9
- Datenschutzgrund-VO**
- Abgrenzung nationales Recht **Vor 93** 11 ff.
- anwendbar im Sozialleistungsrecht **Vor 93** 10
- Anwendbarkeit kraft nationalem Rechtsbefehl **Vor 93** 13
- keine Anwendbarkeit **93** 6 f.
- Verarbeiten von Daten **93** 14 ff.
- Verhältnis zum Grundgesetz **Vor 93** 14
- Datenübermittlung**
- anwendbare Vorschriften **93** 21 ff.
- Austausch zwischen Ärzten **93** 25
- Initiativübermittlung **93** 26
- Qualitätsprüfung an Dritte **115** 9 f.
- unabhängige Gutachter **97d** 5
- Datenverarbeitung**
- Abrechnung mit Leistungserbringern **94** 13
- Abschluss vertraglicher Vereinbarungen **94** 15
- Anwendbarkeit der DS-GVO **Vor 93** 10
- Datenminimierung/-sparsamkeit **Vor 93** 19
- Datenschutz-GVO **93** 14 ff.
- Feststellung der Beitragspflicht **94** 9 f.
- Feststellung der Mitgliedschaft/des Versicherungsverhältnisses **94** 8
- Grundsätze **Vor 93** 15 ff.
- Kostenerstattung **94** 13
- Nachweisflicht, Rechenschaftspflicht **Vor 93** 22
- Nutzung von Sozialdaten **93** 28

- Privacy by Design/Privacy by Default **Vor 93** 20
- private Pflegeversicherer **Vor 93** 66
- Prüfung der Leistungspflicht **94** 11
- Recht auf Auskunft **Vor 93** 77 ff.
- Rechtsgrundlage **Vor 93** 15
- risikobasierter Ansatz **Vor 93** 24
- Technologieneutralität **Vor 93** 23
- unabhängige Gutachter **97d** 3 f.
- Veränderung von Daten **93** 27
- Widerspruchsrecht **Vor 93** 75 f.
- Wirtschaftlichkeit/Qualitätssicherung **94** 14
- Zusammenführung einrichtungsbezogener Daten **92a** 4
- Zweckänderung der Daten **93** 29 ff.
- Zweckbindung **Vor 93** 21
- Dauer**
- der Beeinträchtigung für Pflegegrade **15** 41
- der Leistungsgewährung **Vor 28** 9
- Deckenlift** **40** 32
- Dekubitusprophylaxe**
- Expertenstandards **113a** 3a
- Demenz**
- Modellvorhaben, Versorgungskonzepte **45c** 11
- Netzwerke **45c** 29
- Diakonissen** s. *Geistliche Genossenschaften, Mitglieder von* –
- Digitale Pflege und Versorgung** **39a** 2; **78a** 1 ff.
- Anspruchsvoraussetzungen **40a** 6
- Aufnahmeantrag/-verfahren **78a** 13 ff.
- Beratungspflicht **40b** 4
- Berichtspflichten **78a** 25
- Datensicherheit/-schutz **78a** 22 ff.
- Förderung **45c** 13a
- gerichtliche Kontrolle **78a** 8
- Kosten **40b** 2
- Leistungsanspruch **40b** 1 ff.
- Normzweck **40a** 2 ff.
- Pflegeanwendungsverzeichnis **78a** 12
- Rahmenvereinbarung **78a** 9 ff.
- Rechtsschutz gegen Ablehnung **78a** 19
- Vergütung **78a** 5 ff.
- Verhältnis zu anderen Leistungen **40a** 10
- Digitalisierung**
- Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege **125b** 2 ff.
- DNQP** **113a** 3
- Dynamisierung** **30** 2
- Edukative Maßnahmen**
- Empfehlungen des Gutachters **18b** 12
- Ehegatte**
- Beitragsfreiheit des hinterbliebenen Ehegatten **56** 6

- Familienversicherung **25** 4
- Höchstbeitrag in der Privaten Pflegeversicherung **110** 18
- nicht erwerbsmäßige Pflegeperson **19** 14
- ehrenamtliche Pflege** **19** 5
- Angemessenheit **82b** 5
- Aufbau und Ausbau **45c** 5
- berücksichtigungsfähiger Aufwand **82b** 3
- Förderung ehrenamtlicher Strukturen **45c** 10
- Inhalt und Zweck der Förderung **45c** 7 f.
- Kosten **82b** 4
- Pflegeleistung **82b** 6
- ehrenamtliche Unterstützung** **82b**
- Angemessenheit der Aufwendungen **82b** 5
- Aufwendungen **82b** 3 ff.
- berücksichtigungsfähiger Aufwand **82b** 3 ff.
- Kosten **82b** 4
- Pflegeleistung **82b** 6
- Eigenanteil Einl.** **31**
- Bemessungsfaktoren **84** 37
- Bestandsschutz **141** 8
- Bestimmungsverfahren, dreistufig **84** 40
- Einrichtungseinheitlichkeit **84** 34 ff.
- Ermittlung des einrichtungseinheitlichen – **84** 43
- Pflegegesetz **84** 21 f.
- Eigenverantwortung** **6**
- Eingliederungshilfe** **36** 10; **71** 17
- Abgrenzung, stationäre Pflegeeinrichtung **71** 17 ff.
- Expertenstandards **113a** 3
- Einrichtung s. a. Pflegeeinrichtung**
- der Behindertenhilfe **43a**
- Finanzierung der – **82**
- Finanzierung, Bemessungsgrundsätze **84** 1 ff.
- Finanzierung, Pflegegesetzverfahren **85**
- Wirtschaftlichkeit der Personalaufwendungen **82c** 4
- Einrichtungsträger**
- Vielfalt der Träger **11** 5
- Einstufung s. Pflegestufe**
- Einwilligung**
- Datenerhebung **Vor** **93** 41; **93** 18
- Freiwilligkeit **Vor** **93** 49
- Hausbesuche **Vor** **93** 60 ff.
- konkludente Form **Vor** **93** 48
- Nachweis **Vor** **93** 53
- Pflegeberatung **Vor** **93** 54
- Voraussetzungen **Vor** **93** 47
- Widerrufsrecht **Vor** **93** 52
- zweckändernde Datenverarbeitung **93** 29 ff.
- Einzelpunkte**
- Bewertung der Selbständigkeit/Unselbständigkeit **15** 4

- Eltern s. Beitragszuschlag für Kinderlose**
- Elterngeld**
- Beitragsfreiheit **56** 10
- Elternschaft**
- Nachweis **55** 15 ff.
- Energiekosten**
- Energieberatung **154** 11
- Ergänzungshilfen **154** 3 ff.
- Finanzierung **154** 9 f.
- Verfahren **154** 6 ff.
- Entlastungsbetrag** **28a** 13 f.; **45b**
- Anerkennung des Leistungserbringers **45b** 14b
- Anrechnung **45b** 18 ff.
- Anspar- und Übertragungsrecht **45b** 11 ff.
- Anspruchsentstehung **45b** 15
- Begrenzung des Vergütungssatzes **45b** 21 ff.
- Belege **45b** 16
- Besitzstandsschutz **45b** 9
- Corona-Pandemie **45b** 14c
- Kostenerstattungsanspruch **45b** 10 ff.
- Kurzzeitpflege **45b** 14
- Entschädigungsleistungen**
- aus der Gesetzlichen Unfallversicherung **13** 6
- nach SGB XIV/BVG **13** 4
- entsprechende Anwendung des BVG** **13** 3; **34** 12
- Erforderlichkeit**
- stationärer Pflege **43** 8
- Ergebnisqualität**
- indikatorengestütztes Verfahren **114b** 2
- Qualitätsprüfung **114** 12
- Erhöhung des Pflegebedarfs** **15** 41
- Ernährung** **14** 17
- Selbstversorgung **15** 21 ff.
- Ernährungsmanagement**
- Expertenstandards **113a** 3a
- Ersatzpflege s. a. Verhinderungspflege; 39** 2
- Erwerbsmäßigkeit**
- der Pflegefähigkeit **19** 8 ff.
- Erziehungsgeld**
- Beitragsfreiheit **56** 11
- EU-Bezug** **34** 5
- EU-Datenschutzrichtlinie** **95/46/EG**
- Vor** **93** 8
- Expertenstandards**
- Aktualisierung **113a** 7
- Beschlussfassung **113a** 5
- Diskussionsprozess **113a** 3
- Entwicklung **113a** 2
- Kostenverteilung **113a** 8
- Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse **113a** 3
- Verfahrensordnung **113a** 7
- Veröffentlichung **113a** 6

Sachverzeichnis

- Vertragsparteien **113a 4**
- Export von Pflegeleistungen 34 4 ff.**
- Fachkraft**
 - Finanzierung zusätzlicher Stellen **113c 15**
 - Personalbemessung **113c 2 ff.**
- Familienversicherung Vor 20 3; 25**
 - Beitragsfreiheit **56 3**
 - Ehegatten
 - in der Privaten Pflegeversicherung **110 18**
 - in der Sozialen Pflegeversicherung **25 4**
 - Kinder
 - in der Privaten Pflegeversicherung **110 16**
 - in der Sozialen Pflegeversicherung **25 5, 14 ff.**
 - Nachweispflicht **100**
 - Voraussetzungen in der Sozialen Pflegeversicherung **25 4 ff.**
- Fehlverhalten im Gesundheitswesen 47a**
- Feiertag**
 - Aufhebung **Vor 54 5; 58 10**
 - Einfluss auf den Beitragszuschuss **61 5**
 - Modalitäten der Zahlung in den Pflegevorsorgefonds **135 3**
- Festbeträge**
 - für Pflegehilfsmittel **78 3**
- Feststellung von Pflegebedürftigkeit Vor 14 2**
 - Begutachtung als zwingende Voraussetzung **18 6**
 - maßgebliche Kriterien **14 8 ff.**
 - Untersuchung im Wohnbereich **18a 8**
- Finanzausgleich 66; 67; 68**
 - kassenartübergreifend **Vor 54 7**
- Finanzierung der Pflegeeinrichtungen 82**
 - Bemessungsgrundsätze **84 2 ff.**
 - Pflegesatzverfahren **85**
 - Zuschüsse zu laufenden Aufwendungen **82 22**
- Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung 1 8; Vor 54**
 - Ausgleichsfonds **65 2 ff.**
 - Beiträge **54 2 f.**
 - duale **1 9**
 - duale/monistische Finanzierung **Vor 82 4**
 - Finanzausgleich **Vor 54 7; 66**
 - Jahresausgleich **68**
 - monatlicher Ausgleich **67; 68 4**
 - monistische **1 8**
 - Risikoausgleich in der Privaten Pflegeversicherung **111 2 ff.**
 - Unterfinanzierung des Ausgleichsfonds **68 6**
 - Zuschuss durch Bund oder Länder **54 3 ff.**

- Förderung**
 - beruflicher Weiterbildung **44 43 ff.**
 - Selbsthilfe **45d**
- Förderung von Versorgungsstrukturen 45c**
 - Anteilsfinanzierung **45c 14**
 - Empfehlungen **45c 20 ff.**
 - Erhöhung der Fördermittel **45c 13**
 - Modellvorhaben **45c 11**
 - Verteilung der Fördermittel **45c 17 ff.**
- Forschungsvorhaben**
 - Anonymisierung, personenbezogene Daten **98 4**
 - Datennutzung **98 2 f.**
 - Einwilligung in Datennutzung **98 3**
- Fortbestehen der Mitgliedschaft**
 - Beginn und Ende **49 4**
- Fortbewegung**
 - im Wohnbereich **14 12**
- Fortbildung**
 - berufsbegleitende Qualifizierung **113c 9**
 - digital **113 3**
- freiwillige Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung**
 - Befreiung von der Versicherungspflicht **22 2 ff.**
 - Beitragsbemessung im Krankengeldbezug **57 17**
 - beitragspflichtige Einnahmen **57 25 ff.**
 - Beitragstragung **59 18 f.**
 - Beitragstragung für freiwillig GKV-versicherte Kinder **56 3**
 - Beitragszuschuss **61 4**
 - Mindestbemessungsgrundlage **57 26**
 - Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung **20 34**
- freiwillige Mitglieder der Sozialen Pflegeversicherung s. a. Weiterversicherte**
- Freiwilligendienste**
 - Beitragstragung **58 15**
 - Beitragszuschlag **55 9**
 - Beitragszuschuss **61 5a**
 - Mitgliedschaft **49 4**
 - Versicherungspflicht **20 15**
- Fremdgefährdung 14 15**
- Frühförderung**
 - Modul **5 15 28**
- Gebührenordnung**
 - ambulante Pflegeleistungen **90**
- geistige Funktionen 14 13**
- Geistliche Genossenschaften, Mitglieder von –**
 - beitragspflichtige Einnahmen **Vor 54 4; 57 30**
 - Beitragstragung **59 18**
- Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung**
 - Einbeziehung **8a 7**

Gemeinsame Verarbeitung

- personenbezogene Daten **96** 2 ff.

Gemeinsamer Jahresbetrag

- Verhinderungspflege und andere Pflegeleistungen **42a**

Geschäftsstelle

- Qualitätsausschuss **113b** 8

Gesetzliche Krankenversicherung

- Abgrenzung gegenüber der Sozialen Pflegeversicherung **Einkl.** 15
- Beitragszuschüsse für Krankenversicherung von Pflegepersonen **44a** 6, 9 ff.
- Kosten für Telematikinfrastruktur **106b** 7
- Verarbeitung von Daten der Pflegekasse **97** 7

Gesetzliche Unfallversicherung

- Pflegeleistungen aus der Gesetzlichen Unfallversicherung **13** 6; **44** 38 ff.

Gestaltung des Alltagslebens **14** 10, 19

Gestaltung sozialer Kontakte **14** 10

Gestehungskosten **84** 26 ff.

Gesundheits-App **40a** 2

Gesundheitsdaten

- besondere Datenkategorien **Vor 93** 27
- Datenübermittlung **Vor 93** 43 ff.

Gesundheitswesen

- Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten **47a** 2 ff.

Gewinnchancen

- ambulante Pflegeleistungen **89** 8
- angemessene **84** 32

Gleitzone

- beitragspflichtige Einnahmen **57** 5
- Beitragstragung **58** 11

Grundpflege **36** 9

Gründungszuschuss

- Abgrenzung, Selbsthilfe **45d** 6
- Verfahren **45d** 10

Gruppenversicherung

- Pflegevorsorgevertrag **126** 5

Gutachten, Gutachter *s. a. Begutachtung*

- Datenübermittlung **94** 22

Gutachter, unabhängige

- Richtlinien **53a** 4 ff.
- Vereinbarungen **53a** 3

Gutachterwahl

- Pflegeberatung **18** 14 ff.

Haarpflege **14** 17

Harninkontinenz

- Expertenstandards **113a** 3a
- Umgang mit **14** 17

Härtefall

- bei stationärer Pflege **43** 5
- Leistungsgrenzen **Vor 28** 8
- Richtlinien **Vor 28** 10

Hausbesuche

- teil-/vollstationäre Pflege **Vor 93** 61

- Unverletzlichkeit der Wohnung **Vor 93** 60

Haushaltsführung **36** 11, 20

- Begutachtung der Fähigkeiten zur – **18a** 23
- Fähigkeiten zur – **14** 21

Haushaltsrecht

- Beteiligung des Bundes an Aufwendungen **61a** 2 ff.

- Betriebsmittel der Pflegekasse **63** 3

- Rücklage der Pflegekasse **64** 2 ff.

häusliche Krankenpflege **13** 8; **34** 17

häusliche Pflege **3**; **36** 3 ff.; **77** 2

- Aufenthaltsort des Pflegebedürftigen **36** 20

- Besitzstandsschutz **141** 4 f.; **145** 2

- durch einzelne Pflegekräfte **77** 1 ff.

- Eignung **77** 7

- Qualitätssicherung **77** 6

- Rechtsqualität des Vertrages **77** 5

- Verbot eines Beschäftigungsverhältnisses **77** 10

- Verträge mit Angehörigen **77** 8

- Empfehlungen zu wohlfeldverbessernden Maßnahmen **78** 10

- Entlastungsbetrag **45b** 6 ff.

- Leistungshöhe **36** 17 ff.

- Leistungsspektrum **36** 7 ff.

- Behandlungspflege **36** 12 ff.

- Hilfen bei der Haushaltsführung **36** 11
- körperbezogene Pflegemaßnahmen **36** 9

- pflegerische Betreuungsmaßnahmen **36** 10

- Örtlichkeit der Pflege **36** 20

- Ruhen von Leistungen **42a** 12

- umfassender Vertrag **77** 9

- und Pflege in Behinderteneinrichtung **43a** 13 ff.

- zugelassene Leistungserbringer **36** 23 ff.

- zusätzliche Leistungen **44a** 3 ff.

hauswirtschaftlicher Versorgungsbedarf

- Entschädigungsleistungen nach § 35 BVG **34** 12

Heilfürsorgeberechtigte

- Beitragssatz in der Sozialen Pflegeversicherung **55** 4

- Beitragstragung **58** 10

- kein Beitragszuschuss **61** 13

- Leistungen, Pflegeperson **44** 51 ff.

- Meldepflichten für Dienstherrn **51** 7

- Versicherungspflicht in der Privaten Pflegeversicherung **23** 13

Heimaufsicht

- Nutzungserlaubnis, personenbezogene Daten **97b** 2 ff.

Heimaufsichtsbehörde

- Informationsweitergabe **117** 7

Sachverzeichnis

- Zusammenarbeit 117 3 ff.

Heimentgelt

- Abstufungsprämie 87a 13 ff.
- Berechnung und Zahlung 87a
- Pflegegradzuordnung 87a 9 ff.
- Tagesgleichheit der Zahlungsansprüche 87a 3
- und Leistungen bei vollstationärer Pflege 43 3
- Zahlungsansprüche 87a 4 ff.
- Abwesenheit 87a 7
- Beendigung 87a 4 ff.
- Entstehung 87a 4 ff.
- Zahlungspflicht der Pflegekasse 87a 8

Heimrecht

- Aufsichtsbehörde Vor 112 6
- pflegesatzrelevante Anordnungen 117 8
- Qualitätssicherung Vor 112 8
- Rechtsgrundlagen Vor 112 2
- Zusammenarbeit 117 2 ff.

Heimverträge

- außerhalb des WBG 119 2

Herstellungsanspruch, sozialrechtlicher

- bei Verletzung von Informations-/Beratungs-/Aufklärungspflichten 7 6

Hilfebedarf

- Bedarfsgerechtigkeit 69 4
- erforderliche Mindestausstattung 69 5
- individueller Pflegebedarf 69 4
- Kinder 15 38 ff.
- Pflegestandard 69 6
- Sicherstellungsmittel 69 7

Hilfen bei der Haushaltsführung 36 11

Hilflosigkeit

- Pflegebedürftigkeit 14 5

Hilfskraft

- Finanzierung zusätzlicher Stellen 113c 15
- Personalbemessung 113c 2 ff.

Hilfsmittel s. Pflegehilfsmittel

Hilfsmittelversorgung

- Empfehlungen des Gutachters 18b 11, 17
- Untersuchung im Wohnbereich 18a 8

Hilfsmittelverzeichnis 78 8

Hinterbliebene

- Beitragsfreiheit 56 6 ff.

Indikatorengestütztes Verfahren

- Datenerhebung 114b 3
- Datenübermittlung 114b 3
- Ergebnisqualität 114b 2
- Förderung 114b 5

Individueller Versorgungsplan

- Pflegeberatung 7a 11 f.

Informationelles Selbstbestimmungsrecht Vor 93 3 ff.

- Beschäftigte der Pflegekassen 94 23
- Eingriffe Vor 93 5
- Umfang/Schranken Vor 93 6

Informationspflichten

- Datenschutz Vor 93 71
- Pflegeperson, Datenschutz 44 50

Informierungs- und Auskunftspflicht

- nach Eingang des Leistungsantrages 7 11
- Verletzung 7 6

Inkassounternehmen

- Datenübermittlung 104 8

Inkontinenz

- Selbstversorgung 14 17

Inkrafttreten Einl. 17

Integrierte Versorgung 92b 2 ff.

- Informationsrechte/Datenschutz 92b 5
- Vertragsgegenstand 92b 4
- Vertragspartner 92b 3

Intensivpflege 84 12

Intensivpflege, außerklinische

- Vorrang der GKV 13 8

Interessenvertretungen Pflegebedürftiger, Beteiligung

- Pflegequalität Vor 112 3
- Richtlinienerrlass 118 2

Investitionskosten

- Abgrenzung zu betriebsbezogenen Aufwendungen 82 21
- Betriebsnotwendigkeit 82 18
- Finanzierung 9 4, 7; Vor 82 4 ff.; 82 14 ff.
- Förderung in den neuen Bundesländern 9 7
- Gesetzgebungsverfahren Vor 82 4
- nicht Leistungsinhalt bei stationärer Pflege 43 18 ff.
- Pauschalierung 82 18a
- Rechtsweg 82 20
- umlagefähiger Aufwand 82 16
- Umlageverfahren 82 19
- VO über die Abgrenzung der in der Pflegevergütung nicht zu berücksichtigenden Investitionsaufwendungen 83 5

Jugendhilfe, Personen in Einrichtungen der –

- beitragspflichtige Einnahmen 57 9
- Beitragstragung 59 8

Kennzeichen

- über Leistungsträger und Leistungserbringer 103

Kinder

- besondere Bedarfskonstellation 15 36
- Feststellung der Pflegebedürftigkeit 15 38 ff.

Kinderlose Mitglieder s. Beitragszuschlag kognitive und kommunikative Fähigkeiten 14 9, 13

- Beeinträchtigungen 15 14
- Bewertungsskala 15 16

Kollektivverträge Vor 82 2

Kombinationsleistungen 38

- allgemein **Vor 28 5**
- bei Kostenerstattung **91 6**
- bei Pflege in Behinderteneinrichtung **38 8; 43a 13 ff.**
- häusliche und stationäre Pflege **38 8**
- Pflegegeld und Ersatz- bzw. Verhinderungspflege **37 5, 10**
- Pflegegeld und Kurzzeitpflege **37 5, 10**
- Pflegegeld und Pflegesachleistung **38 2 f.**
- teilstationäre und häusliche Pflege **41 2, 10**
- Verhinderungs- und Kurzzeitpflege **42 2, 10a, 17**
- Verhinderungspflege und andere Pflegeleistungen **39 19 f.**

kommunale Beratungspersonen 37 21 f.

Kommunen

- Stärkung in der Pflege **123 3**
- wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben **124 1 ff.**

Kommunikation 28 15

- Anbindung der Pflegeeinrichtung **125 2**

Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege 125b

Kontaktpflege

- innerhalb/außerhalb des direkten Umfelds **14 20**

Kontrahierungszwang

- in der Privaten Pflegeversicherung **110 5**

körperbezogene Pflegemaßnahmen 36 9

Körperpflege 14 17

- Modul 4 **15 21**

Kostenbeteiligung

- vollstationäre Pflege **43c 2 f.**

Kostenerstattung s. a. Leistungen der Pflegeversicherung

- Datenverarbeitung **94 13**
- ohne Vergütungsvereinbarung **91 5 ff.**
- Pflegeeinrichtung/Pflegebedürftige **150**

Krankengeld

- Beitragspflicht **Vor 54 4**
- beitragspflichtige Einnahmen **57 16 ff.**
- Beitragstragung **59 15 f.**
- Beitragszahlung/-schuldner **60 11 f.**
- Kinderpflegekrankengeld **57 23**
- landwirtschaftliche Unternehmer **57 19**
- Organspende **57 21 ff.; 59 16**

Krankenkasse

- Übersicht der gespeicherten Daten **96 4 f.**

Krankenpflege 13 8

krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen 36 13

Kriegsopferfürsorge

- Pflegeleistungen **59 17**
- Verteilungsschlüssel **59 17**

Kriegsschadenrente

- Versicherungspflicht **21 10**

Kriterien

- für Ermittlung der Beeinträchtigung **14 8**
- maßgebend für Pflegebedürftigkeit **14 8 ff.**

Kündigung

- eines privaten Pflegeversicherungsvertrages **23 26; 27 2 ff.; 51 8; 110 25 ff.**
- Sonderkündigungsrecht, private Pflegeversicherung **143 15**
- Versorgungsvertrag **73 3; 74 3**
 - fristgebundene – **74 8 ff.**
 - fristlose – **74 11**
 - Schriftform **74 12**
 - Voraussetzungen **74 3 ff.**
- Vertrag über ambulante Pflegeleistungen **120 5**

Künstler und Publizisten

- beitragspflichtige Einnahmen **57 8**
- Beitragstragung **59 7**
- Versicherungspflicht **20 19**

Kurzarbeitergeld

- beitragspflichtige Einnahmen **57 4**
- Beitragstragung **58 8**
- Beitragszuschuss **61 5**

Kurzzeitpflege

- als Vorstufe zur vollstationären Pflege **42 17**
- Auslastungsquote **88a 6**
- bei Fehlen von Pflegebedürftigkeit **42 16**
- Einrichtungen zur Inanspruchnahme **149**
- gemeinsamer Jahresbetrag **42 10a**
- in geeigneten Einrichtungen **42 12**
- in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen **42 15**
- in zugelassenen Einrichtungen **42 11**
- Leistungsgrenzen **42 9**
- Prüfrhythmus **114c 3**
- Qualitätssicherung **113 2**
- Rechtspflicht zur Vereinbarung **88a 5 ff.**
- Rechtsschutz **88a 15**
- Schiedspersonenverfahren **88a 12 f.**
- und Pflegegeld **42 17**
- Verhältnis zu anderen Leistungen **42 2, 15 ff.**
- Voraussetzungen **42 3 ff.**
- Vorrang gegenüber vollstationärer Pflege **3 5**
- wirtschaftlich tragfähige Vergütung **88a 2 ff.**

Länder

- Aufgaben **9 3 ff.**
- Ausführungsgesetze **9 7**
- Bedarfsunabhängigkeit **72 10**
- Berichtspflicht ggü BMG **10 6**
- Investitionsförderung **9 4**
- Landespflegeausschüsse **8a 3 ff.**
- Landespflegegesetze **9 7**
- neue Bundesländer **54 6**

Sachverzeichnis

– Pflegeinfrastruktur **82** 15

Landespflegeausschuss **8a** 3 ff.

Landesverband der Krankenkassen, § **52**

– Aufgaben **52** 5 ff.

– Aufsicht **52** 7

– Einigungsverfahren **52** 3 b

– Organisation **52** 3 f.

– Passivlegitimation **52** 3

Landesverbände der Pflegekassen, § **52**

– Aufgaben **81** 3

– Einbeziehung der Sozialhilfeträger **81** 5

– Einigungsverfahren **81** 4

– Informationspflicht über Versorgung **115** 8

– Mängelbeseitigung **115** 11

– Veröffentlichung der Pflegequalität **115** 4

– Zusammenarbeit **117** 2 ff.

landwirtschaftliche Unternehmer

– beitragspflichtige Einnahmen **55** 19 ff.

– Altenteiler **57** 24

– Beitragstragung **59** 6

– Beitragszahlung/-schuldner, Rentner **60** 9

– Bürgergeld **55** 21

– Familienversicherung **25** 13

– Krankengeldbezug **57** 19

– landwirtschaftliche Rentner *s. Rentner*

– Meldepflicht **50** 3

– mitarbeitende Angehörige **55** 19 f.; **57** 19; **59** 6

– Rentenanspruchsteller **56** 8; **57** 28

– Versicherungspflicht **20** 18

Lebenserwartung

– geringe – **14** 6

Lebenspartner

– Beitragsfreiheit **56** 6

– Familienversicherung **25** 4

Lebenspartnerschaft **1** 10

Leiharbeit

– Wirtschaftlichkeit der Entgelte **82c** 12

leihweise Überlassung von Hilfsmitteln
40 3, 15, 20

Leistungen

– direkte – **113c** 4

– indirekte – **113c** 4

Leistungen der Pflegeversicherung

– Anpassung **30**

– Antrag **33** 3 ff.

– Art und Umfang **4** 5; **Vor 28** 4 ff.; **28** 3 f.; **36** 6 f.

– Aufklärung **7** 3 ff.

– Auskunft **7** 3 ff.

– Ausschluss **33a**

– Beginn **33** 5

– bei Pflege in Behinderteneinrichtung **43a** 3

– Beratung **7a** 4 ff.

– Betreuungsleistungen **45a** 7

– Dauer der Leistungsgewährung **Vor 28** 9

– digitale Pflegeanwendungen **39a** 3

– Ergänzungsfunktion **4** 6

– Erlöschen **35**

– Ersatzpflege *s. a. dort*; **39**

– Geldleistungen **4** 3; **37** 3

– gemeinsamer Jahresbetrag **42a** 2

– Gutschein **35a** 3

– häusliche Pflege **3**; **36** 3 ff.; **77** 2

– Hilfsmittel *s. Pflegehilfsmittel*

– Höchstgrenzen **4** 7; **Vor 28** 6 ff.; **36** 18 f.; **37** 9 f.; **39** 13 ff.; **43** 3, 14 ff.

– jüngere Pflegebedürftige **39** 21 ff.

– Kombinationsleistungen **Vor 28** 5; **38**

2 ff.; **39** 19 f.; **41** 2, 10; **42** 2, 17

– Kostenerstattung **4** 3; **29** 5; **43** 7, 21; **Vor 28** 3a; **Vor 82** 6

– fehlende Vergütungsvereinbarung **91** 5 ff.

– Umschichtung von Sachleistung in Kostenerstattung *s. a. Umwandlungsanspruch*; **45a**

– Kurzzeitpflege *s. a. dort*; **42**

– Mindeststandard **11** 3

– Modellvorhaben **124** 4

– Natural- bzw. Sachleistungen **4** 3; **36** 5; **Vor 28** 2 f.

– persönliches Budget **35a** 2 ff.

– Pflegegeld *s. a. dort*; **37**

– Pflegekursus *s. a. dort*; **45**

– Pflegesachleistung *s. a. häusliche Pflege*; **36** 5

– Qualität **28** 9

– Rahmenverträge **75** 3

– Ruhen der Leistungen *s. a. dort*; **34**

– Sach- und Dienstleistungen **69** 2

– Selbstbestimmungsrecht **2** 2 ff.; **3** 3

– soziale Sicherung von Pflegepersonen *s. Pflegeperson*

– stufenweise Einführung **1** 7

– teilstationäre Pflege *s. a. dort*; **41**

– Überblick **Vor 28** 1; **28** 2 f.; **28a**

– und häusliche Krankenpflege **13** 8; **34** 17 ff.

– und Heimentgelt **43** 3

– und Pflegeleistungen

– aus der Gesetzlichen Unfallversicherung **13** 6

– nach dem BeamtVG **13** 7

– Verbesserung des Wohnumfeldes *s. Wohnumfeld*

– Verhältnis zu anderen Sozialleistungen

Einl. 12; **13**; **34** 12 ff.

– Verhinderung der Pflegeperson **39** 5 ff.

– Verhinderungspflege *s. a. dort*; **39**

– vollstationäre Pflege *s. a. dort*; **43**

– Voraussetzungen, allgemeine **33** 2 ff.

- Wahlrecht 2 4
- Wahrung des Besitzstandes 141 2
- Wirtschaftlichkeitsgebot s. *dort*
- Wohngruppenzuschlag s. a. *dort*; 38a

Leistungsantrag

- Pflegeberater 7a 17 ff.

leistungsberechtigter Personenkreis Vor 14 ff.

Leistungsdaten

- Löschung von – 108 14

Leistungserbringer

- Abrechnungsverkehr 105 2
- Aufzeichnungs- und Übermittlungspflichten 104 2 ff.
- Daten- und Abrechnungsübermittlung 105 2 ff.
- Datenübermittlungsbefugnis 104 4
- elektronische Patientenakte 108 13
- Pflichten 104
- Schweigepflicht 104 4
- Übermittlungsempfänger 104 8

Leistungserbringerrecht s. a. *Pflegeeinrichtungen*; Einl. 3

Leistungserbringung

- durch zugelassene Einrichtungen 29 5; 69 2

- Sicherstellungsauftrag 69 2 ff.

Leistungsgerechte Vergütung

- ambulante Pflegeleistungen 89 6 f.
- Pflegesatz 84 19 ff.

Leistungskürzung

- Ermessen der PK 18a 12

Leistungsvoraussetzungen

- Aufzeichnung erhaltener Leistungen 102 3

- Befugnisnorm 102 2

Leistungszuschlag

- als Begrenzung des Eigenanteils 43c 4 f.

Löschung von Daten

- Definition 107 3
- erhaltener Leistungen 102 3
- Fristen 107 6
- Leistungsdaten 107 4
- Mitteilungspflicht 107 7
- Normadressat 107 5
- personenbezogene Daten 97 8
- Sachverständige/Prüfstellen 97a 5

Mangelernährung

- Expertenstandards 113a 3a

Maßnahme zur Verbesserung

- des Wohnumfeldes s. *Wohnumfeld*

Maßnahmenbescheid

- Anhörung 115 11
- Bestimmtheit 115 11 f.
- Fristen 115 12
- Rechtsschutz 115 13
- Streitwert 115 13

- Verwaltungsakt 115 12

- Vollstreckungsfähigkeit 115 12

Maßstäbe und Grundsätze (MuG) 113 2 ff.

- indikatorengestütztes Verfahren 114b 3

- Prüfergebnisse 115 6

medizinischer Dienst

- Akteneinsichtsrecht 97 10
- Aufgaben 53c 5 f.
- Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften 97 2 ff.
- Beratung für Qualitätssicherung 112 5
- Berichtspflicht, Qualitätsprüfung 114a 13
- Datenübermittlung vom Leistungserbringer 104 9
- Datenübersicht 97 9
- Einwilligung des Betroffenen 97 3 f.
- Freistellung, Datenschutz 97 2
- Kosten der Qualitätsprüfung 114 19
- Mitteilungspflichten an Aufsichtsbehörde 97b 4

- Organisation 53c 3 f.

- personenbezogene Daten 97 2 f.

- Qualifikation der Begutachter 18a 47 ff.

- Qualitätsprüfungen 114 4

- Sachverständigengutachten 18 7

- Telematikinfrastruktur 106c 2

- Untersuchung im häuslichen Bereich 18a 8

- Weiterentwicklung des Verfahrens der Pflegebegutachtung 18e 5

- Zusammenarbeit 117 2 ff.

- Zweckänderung, Datenverarbeitung 97 4

medizinischer Dienst, Bund

- Aufgaben 53d 3 ff.

- Rechtsetzungsbefugnisse 53d 2

- Richtlinienkompetenz 53d 6

medizinisch-pflegerische Erkenntnisse 11 3; 28 9

Mehrfachpflege 44 27 f., 35 ff.

Melde- und Auskunftspflichten

- Ordnungswidrigkeit bei Verletzung 121 5 f.

- zur Durchführung der Sozialen Pflegeversicherung Vor 46 2; 50 2 ff.

- zur Durchführung der sozialen Sicherung der Pflegeperson 44 48 f., 54

Meldepflichten

- in der Privaten Pflegeversicherung 51

Minderjährige

- Pflege, Anwendungsbereich WBVG 119 2

- Pflegevorsorgevertrag 126 7

Mindestpflegezeit s. *Pflegeperson*

Mitgliedschaft in der Sozialen Pflegeversicherung

- Beginn und Ende 49 3

- Datenverarbeitung 94 8

Sachverzeichnis

- Erlöschen der Leistungsansprüche 35 2
- Weiteversicherte 49 5
- zuständige Pflegekasse **Vor 46 2; 48 3 ff.**
- Zuständigkeit 48 5 f.

Mitteilungspflicht bei Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 37 17

Mitwirkungspflicht

- ambulante Pflegedienste 120 4
- bei Rehabilitation 31 4
- beim Abruf von Pflegesachleistungen 37 13
- beim Bezug von Pflegegeld 37 13
- der Pflegeeinrichtung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung 79 5
- des Pflegebedürftigen im Feststellungsverfahren 18a 14
- Mitglieder und Versicherte 50 5 f.
- Pflegeberatung
 - Nichtvornahme 37 31 f.

Mobilität

- Bewertungsskala 15 13
- Expertenstandards 113a 3a
- Fortbewegung im Wohnbereich 14 12
- Liegen/Sitzen 14 12
- Pflegebedürftigkeit 14 9, 11 f.
- Selbständigkeit 15 8 ff.

Modellkommunen Pflege s. Modellvorhaben

Modellvorhaben

- Förderung 45c 11
- für Unterstützungsmaßnahmen 123
- innovative Versorgungsansätze 8 5
- Laufzeit 123 35 ff.
- Pflegebegutachtung
 - Finanzierung 18e 8
- Telepflege 125a 2 ff.
- wissenschaftliche Begleitung und Auswertung 124

Modul 1

- Einzelpunkte 15 13
- Mobilität 15 8
- überwiegend selbständig = 1 15 10
- überwiegend unselbständig = 2 15 11
- unselbständig = 3 15 12

Modul 2

- Bewertungsskala 15 15
- Einzelpunkte 15 16
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten 15 14 ff.

Modul 3

- Einzelpunkte 15 16
- Häufigkeit 15 18
- Verhaltensweisen, psychische Problemlagen 15 17 ff.

Modul 4

- Einzelkriterien 15 21
- Einzelpunkte Kinder 15 23

- Selbstversorgung 15 20 ff.

Modul 5

- Einzelpunkte 15 25 ff.
- Kinder 15 28 f.
- Krankheit/Therapie 15 24 ff.

Modul 6

- Alltagslebensgestaltung 15 31 ff.
- Einzelpunkte/Kriterien 15 32

Mutterschaftsgeld

- Beitragsfreiheit 56 10

Nachrang

- von Fürsorgeleistungen 13

Nachtpflege 41 3

Nachtruhe

- Verhaltensweisen 14 15

Nachtzuschlag 72 7b

Nachweispflichten

- bei Pflegesatzvereinbarung 85 7

Nahrungsaufnahme, -vorbereitung 14 17

Naturalleistung s. Leistungen der Pflegeversicherung

Netzwerke

- Förderung 45c 12 ff.
- Förderung regionaler – 45c 23 ff.

neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff Einl. 33 ff.; Vor 14 2; s. a. Pflegebedürftigkeit

Neues Begutachtungs-Assessment 15 3

- Punktwerte 15 7 ff.
- Zuordnung zu Pflegegraden 15 5

Niedrigschwellige Betreuungsangebote

- s. a. Unterstützung im Alltag*
- aus der Gesetzlichen Unfallversicherung 13 6
- Überleitungsregelungen 144 3

Normenverträge 113 8

Notbetretungsrecht Vor 93 61

Ordnungswidrigkeiten

- privater Pflegeversicherungsvertrag 121 4
- Tatbestände 121 4 ff.
- Umsetzung der Verkehrssicherungspflicht 121 2
- Verfahren 121 15 f.
- Verjährung 121 11
- Verpflichteter 121 3
- Verschulden, Rechtswidrigkeit 121 11
- zuständige Verwaltungsbehörde 121 12 ff.

Organspende

- Beitragstragung 59 16
- Beitragszahlung 60 12
- Bemessung des Krankengeldes 57 21 ff.
- **örtliche Orientierung 14 13**

Personalaufwendungen

- kirchliche Arbeitsrechtsregelungen 82c 6
- Kurzzeitpflege 88a 6 f.
- Leiharbeit 82c 12
- Tarifrecht 82c 5

- Vergütung, ambulante Pflegeleistungen **89** 6f.
- Wirtschaftlichkeit **82c**; **84** 31

Personalbemessung Vor 112 4

- Berücksichtigung von höherqualifiziertem Personal **113c** 12
- berufsbegleitende Qualifizierung **113c** 9
- besonderer Personalbedarf **113c** 11
- bessere Personalausstattung **113c** 5f.
- Bewohner nach Pflegegrad **113c** 3
- bundesweite Standards **113c** 5
- Fachkräfte/Hilfskräfte **113c** 2f.
- Fortentwicklung **113c** 16
- Höchstwerte für Pflegepersonal **113c** 3f.
- Integration von bisherigem Zusatzpersonal **113c** 15
- Mindestpersonalausstattung **113c** 10
- ordnungsrechtliche Umsetzung **113c** 10
- Pflegesatzvereinbarung **113c** 6
- Qualifikationsanforderungen **113c** 12
- Springerpools **113c** 8
- Überschreitung der Personalausstattung **113c** 8
- Unterdeckung **115** 15
- unterschiedliche fachliche Qualifikationen **113c** 4

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz 45a

- Betreuungsangebote **45a** 7
- Entlastungsbetrag **45b**

Personenbezogene Daten Vor 93 25f.

- Aufklärung und Auskunft **94** 16
- Auskunftsrecht **Vor 93** 78
- bei den Verbänden der Pflegekassen **95**
- beim Medizinischen Dienst **97** 2f.
- Datenlöschungspflicht **107** 2ff.
- Einwilligung für Medizinischen Dienst **97** 3f.
- gemeinsame Datenverarbeitung **96** 3ff.
- Löschen von Daten **97** 8
- Nutzungserlaubnis **97b** 2ff.
- Prüfung der Leistungspflicht **94** 11
- Schadensersatz **94** 20
- Sozialdaten **93** 11f.
- Statistik **94** 19
- Übermittlung von Gutachten **94** 22
- unabhängige Gutachter **97d** 2ff.
- Verarbeitung durch Trägervereinigung **104** 10
- vertragliche Vereinbarungen **94** 15
- Verwendung bei Pflegekassen **94** 2
- Zweck der Datenverarbeitung **94** 3ff.
- Zweckänderung der Daten **94** 21

Personenkreis

- versicherter – s. *Versicherungspflicht*

Pflege

- Bericht **10** 3ff.

- Covid, Bericht **10** 4, 7
- häusliche – s. *häusliche Pflege*
- Infrastruktur, Versorgungsstruktur s. a. *Zuständigkeit*; **8** 3; **9** 5ff.
- Kurzzeit- s. *Kurzzeitpflege*
- teilstationäre – s. *teilstationäre Pflege*

Pflegeanwendungsverzeichnis

- digitale Pflege und Versorgung **78a** 12

Pflegebedarf s. a. Hilfebedarf

- Minderung/Erhöhung **15** 41

pflegebedingte Aufwendungen 41 7; 42 8; 43 3

Pflegebedürftiger

- Entlastungsbetrag, häusliche Pflege **45b** 8
- Mitwirkungspflicht s. *dort*
- Rücksichtnahme auf religiöse Bekenntnisse **2** 6
- Selbstbestimmungsrecht **3** 3
- Wahlrecht **2** 4

Pflegebedürftigkeit

- Abgrenzung zum ursprünglichen Begriff **14** 2
- anhängige Klage **140** 7
- anzuwendendes Recht **140** 2, 7
- auf Dauer **14** 6f.
- Datenverarbeitung **94** 12
- Definition **14** 4f.
- Feststellung **18** 6
- Feststellungsverfahren **53a** 2ff.
- Gestaltung des Alltagslebens **14** 19f.
- grundlegende Kriterien **14** 2
- Haushaltsführung **14** 21
- Katalogbereiche **14** 3
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten **14** 13
- maßgebliche Kriterien **14** 8ff., **10a** ff.
- Prognose **14** 7
- psychische Problemlagen **14** 14f.
- Richtlinien der Spitzenverbände **17** 2; **38**; **53a** 2ff.
- Schwerbehinderteneigenschaft/Hilflosigkeit **14** 5
- Schwere der Beeinträchtigung **15** 2
- Selbstversorgung **14** 16f.
- soziale Kontakte **14** 19f.
- Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen **14** 18
- Unterstützungsmaßnahmen **123** 12ff.; s. a. *dort*
- Verfahren zur Feststellung **147**
- Vergleich mit dem bisherigen Bewertungssystem **14** 9
- Verhaltensweisen **14** 14f.
- Vermeidung von – **6** 3
- Zeitaufwand **15** 2
- **Pflegebedürftigkeits-Richtlinien 17** 1ff.
- **Pflegeberatung 7a**
- Abruf professioneller Pflegeberatung **37** 20

Sachverzeichnis

- Anspruch **7a** 4
- Aufgaben der ~ **7a** 8 ff.
- Beratungsbesuche nach § 37 **148**
- Beratungsgutschein **7b** 6
- Beratungsstelle **7b** 7
- Beratungstermin **7b** 3 f.
- Datenschutz **7a** 22; **7b** 9
- digitale Angebote **7a** 20 ff.
- Durchschrift der Mitteilung **106a** 4
- Einwilligung **Vor** **93** 54
- Einwilligung zur Datenübermittlung **106a** 3
- Erfahrungsbericht **7a** 31 ff.
- individueller Versorgungsplan **7b** 5
- kommunale Beratungsstellen **7b** 8
- Kontrolle **106a** 2
- Legaldefinition **7a** 5
- Mitteilungspflichten **106a** 2 ff.
- Pflegestützpunkte **7c** 6
- private Versicherungsunternehmen **7a** 26; **7b** 10
- Qualifikation **7a** 24
- Rahmenverträge **7a** 28
- telefonisch/per Videokonferenz **148**
- Unabhängigkeit **7a** 13
- Vergütungssatz, Übergangsphase **146** 2
- Pflegebonus, Corona-Pandemie** **150a**
- Pflegebonusgesetz** **72** 7
- Pflegedienstleitung**
 - Heimleitung **71** 27
- Pflegedokumentation**
 - Einsicht bei Qualitätsprüfung **114a** 6 ff.
 - Qualitätsmanagement **113** 4
- Pflegeeinrichtung** *s. a. ambulante –/stationäre –; 71* 3
 - ambulante Betreuung **71** 9 ff.
 - ambulante Pflege **71** 4 ff.
 - Anbindung an Telematikinfrastruktur **125** 2
 - Anforderungen **71** 2
 - Bestandsschutz **73** 7 ff.
 - Bestandsschutz, keine Vergütungsvereinbarung **141** 16
 - Bindungswirkung, Pflegesätze **84** 44
 - Coronapandemie **150a**
 - Definition **71** 3
 - Energieberatung **154** 11
 - Ergänzungshilfen für Energiekosten **154** 2 ff.
 - Expertenstandards **113a** 6
 - Finanzierung **82**
 - Bemessungsgrundsätze **84**
 - Pflegesatzverfahren **85**
 - Heimleitung/Pflegedienstleitung **71** 27
 - indikatorengestütztes Verfahren **114b** 3
 - integrierte Versorgung **92b** 2 ff.
 - Investitionsumlage **82** 14 ff.
 - keine Anwendung des WBVG **119** 2
 - Kostenbeteiligung privater Versicherungen **8** 23 f.
 - Leiharbeit **82c**
 - Mindeststandard **11** 3; **69** 6
 - Mitteilungspflichten **72** 13
 - Mitwirkungspflicht, Wirtschaftlichkeitsprüfung **79** 5
 - Personalbemessung **113c** 2 ff.
 - Pflegebonus, Corona-Pandemie **150a**
 - Pflege-Buchführungsverordnung **71** 25
 - Pflegeheimvergleich **92a** 2 ff.
 - Qualitätsprüfung **114** 2
 - Mitteilungspflichten **114** 8
 - Mitwirkungspflichten **114** 7
 - Qualitätssicherung **113** 7
 - Qualitätsverantwortung **112** 4
 - Rechte und Pflichten **11**
 - Rechtsschutz, Kündigung des Versorgungsvertrages **74** 12
 - Rechtsschutz, Versorgungsvertrag **73** 4 ff.
 - selbständig wirtschaftende – **71** 24 f.
 - Sonderleistungen, Infektionsschutzgesetz **150c**
 - Speicherungs- und Übermittlungspflichten **104** 7
 - stationäre – **71** 8 ff.
 - Telematikinfrastruktur, Finanzierung **106b** 2 ff.
 - Transparenz **Vor** **112** 6
 - übergeleitete Verträge **73** 8
 - Verpflichtung zur Zusammenarbeit **113** 6
 - Versorgungsvertrag **71** 2
 - Vorhaltung von –en, Aufgabe der Länder **9** 5
 - Wirtschaftlichkeitsprüfung **79** 2 ff.
 - Zulassungsvoraussetzungen *s. a. Zulassung; 72* 4 ff.
 - Zusammenführung einrichtungsbezogener Daten **92a** 4
- Pflegeeinsatz** *s. a. Abruf professioneller Pflegeberatung*
 - Häufigkeit **36** 18; **37** 4
- Pflegeeltern**
 - Beitragszuschlag **55** 12
- Pflegefachkraft**
 - Anerkennung als – **71** 28 f.
 - Betreuungsdienste **71** 30
 - Funktion **71** 27
 - Heimleitung/Pflegedienstleitung **71** 27
 - verantwortliche – **71** 26 ff.
- pflegefachliche Anleitung** **36** 16
- Pflegegeld** **37** 1 ff.
 - Fälligkeit **37** 3
 - Fortzahlung bei Krankenhausaufenthalt **34** 17 ff.
 - Höhe **37** 2, 9 f.

- im Sterbemonat **37** 11
- Qualifizierung als Geldleistung **4** 3
- Sicherstellung der Pflege **18a** 8; **37** 7 f.
- und Kurzzeit- oder Ersatz- bzw. Verhinderungspflege **37** 10; **38** 7
- Verhinderungspflegegeld **39** 16
- Verwendung **37** 3
- Voraussetzungen **37** 7 f.

Pflegegrad

- Besitzstandsschutz bei verspäteter Antragstellung **140** 12
- Dauer der Beeinträchtigung **15** 41
- Eigenanteil **84** 34 ff.
- Ermittlung **15** 34 f.
- Gewichtung der Einzelpunkte **15** 33
- leistungsgerechte Zuordnung **87a** 9 ff.
- Nachjustierung **15** 36
- Überleitung **Vor 140**; **140** 4, 9
- Umfang der Leistungen **15** 6
- Versorgungsaufwand **84** 20
- Zuordnung **15** 2; **43** 13
 - anhängige Verfahren/Klage **140** 7

Pflegegutachten

- Anspruch auf Übermittlung und Erläuterung **18c** 11 ff.
- gerichtliche Überprüfung **18** 20
- Inhalt **18b** 6 ff.
- Übermittlung **18b** 19

Pflegeheim s. Pflegeeinrichtung

Pflegeheimvergleich 92a

Pflegehilfsmittel 40; 78

- Abgrenzung allgemeiner Gebrauchsgegenstand **40** 6
- Abgrenzung bei stationärer Pflege **40** 26
- Abgrenzung Soziale Pflegeversicherung/Gesetzliche Krankenversicherung **40** 23
- Abgrenzung zur Wohnumfeldverbesserung **40** 30
- Anpassung und Ausbildung **40** 16
- Ausstattung, besondere – **40** 19
- dauerhafter Einbau **40** 31 f.
- Festbeträge **40** 7, 19; **78** 3
- Hilfsmittelverzeichnis **40** 7; **78** 8
- leihweise Überlassung **40** 3, 15, 20
- Leistungsvoraussetzungen **40** 6 ff.
- Mehrkosten für besondere Ausstattung **40** 19
- Normzweck **78** 2
- private Pflegeversicherung **40** 29
- Selbstbeteiligung **40** 3, 19
- stationäre Pflege **40** 27 ff.
- technische **40** 15, 23
- Umfang des Anspruchs **40** 19
- Verträge mit Leistungserbringern **78** 3;
 - s. a. *Verträge über Pflegehilfsmittel*
- zum Verbrauch bestimmte – **40** 13
- Zuordnung der Verwaltungszuständigkeit **40** 42

- zur Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung **40** 8, 10
- Zuständigkeit anderer Träger **40** 22 ff.
- Zuzahlung s. *Selbstbeteiligung*

Pflegeinfrastruktur 10 3; 82 2, 11

- Finanzierung **8** 26
- gesamtgesellschaftliche Aufgabe **8** 2
- Modellvorhaben **8** 4 ff.
- qualifizierte Geschäftsstelle **8** 8, 13
- Vereinbarkeit Familie und Beruf **8** 17 ff.
- Vergütungszuschlag vollstationärer Einrichtungen **8** 14

Pflegekasse

- Ablehnung einer Vergütungsregelung **91** 4
- Anstellung von Pflegekräften **77** 13
- Arbeitsgemeinschaften **12** 5
- Aufgaben **1** 5, 6; **12**
- Aufsicht **46** 11 f.
- Ausgleichsfonds **65** 2 ff.
- Auskünfte an Versicherte **108** 2 ff.
- Auskunftserteilung von Ärzten **Vor 93** 63
- Betreuung der Pflegebedürftigen **12** 6
- Betriebsmittel **62**; **63** 2
- Datenaustausch im Abrechnungsverkehr **105** 2 ff.
- digitale Pflege und Versorgung **78a** 1 ff.
- Durchführung von Pflegekursen **45** 2
- Errichtung **46** 3 f.
- Expertenstandards **113a** 6
- Familienversicherung **100** 2 ff.
- Finanzausgleich **Vor 54** 7
- Haushaltsrecht **Vor 54** 6
- Heimentgelt, Zahlungspflicht **87a** 8
- Informationspflicht **18c** 18 ff.
- integrierte Versorgung **92b** 2 ff.
- Kosten der Organleihe **46** 9 ff.
- Melde-/Berichtspflicht **18c** 5 ff.
- Mitgliedschaft in einer – **49**
- Organe **47** 5
- Organisation **46** 4 ff.
- Organisation-/Aufgaben auf Bundesebene **53** 3 ff.
- Organleihe **46** 4a
- Pflegeversichertennummer **101** 2 ff.
- Pflicht zur Zusammenarbeit **12** 4
- Prüfung **46** 13 ff.
- Rechtsaufsicht **46** 2
- Rücklage **62**; **64** 2
- Satzung **47** 2 ff.
- Satzung, Genehmigung **47** 10 f.
- Selbstverwaltung **46** 4
- Steuerungsaufgaben **18** 5
- Unterrichtungspflicht **18c** 15 ff.
- Verarbeitungsbefugnisse der Verbände **95** 2 ff.
- Vereinigung, Auflösung, Schließung **46** 10

Sachverzeichnis

- Verhältnis zu den Pflegeeinrichtungen **69** 2
- Veröffentlichungspflicht **18c** 12
- Versichertenverzeichnis **99** 2
- Verwaltungskosten **46** 9 ff.
- Verwaltungsverleihe **46** 2
- Verwendung einheitlicher Kennzeichen **103** 2 f.
- Wahlrecht **48** 3
- Zuordnung der Versicherten **Vor 46** 2
- Zuständigkeit **48**

Pflegekraft s. a. *Pflegefachkraft; Pflegeperson*

- angestellte – **77** 2
- Anstellung durch Pflegekasse **77** 13
- ausreichende Versorgungsstruktur **69** 5
- geeignete – **36** 23 ff.
- selbständige – **77** 4 ff.
- Vertrag mit einzelner – **77** 2 ff.
- Wirtschaftlichkeit der Vergütung des Einrichtungspersonals **82c** 4

Pflegekrankenversicherung

- Alterungsrückstellungen **127** 31
- Beleihung des PKV-Verbandes **127** 39
- Förderung **Vor 126** 5
- Kalkulation **127** 15 ff.
- Kindernachversicherung **126** 7
- Kontrahierungszwang **127** 19
- Kosten **127** 35
- Kündigungsrecht, ordentliches **127** 21
- Leistungen **127** 24 ff.
- Musterbedingungen (MB/GEVP) **Vor 126** 9; **127** 13, 36 f.
- Pflegebedürftigkeit **127** 28
- Pflegegrad **127** 28
- Rechtsverhältnisse **Vor 126** 8 f.
- Risikoausgleich **127** 40
- Risikoprüfung **127** 22
- Ruhensanspruch **127** 32
- Schutz hilfebedürftiger Personen **127** 31 ff.
- Tarifwechsel **127** 23
- Versicherungsfähigkeit **126** 11; **127** 20; **128** 19
- Vorsorgelücke **Vor 126** 1
- Wartezeit **127** 29; **129** 2 ff.
- Zulageberechtigung **126** 11

Pflegekursus **45** 2 ff.

- digital **45** 4a
- Durchführung **45** 5
- Teilnahmeberechtigung **45** 3
- Verpflichtung der Pflegekasse **45** 3

Pflegeleistungen s. a. *Leistungen der Pflegeversicherung*

- Abgrenzung zur Eingliederungshilfe **36** 10
- Abstufungsprämie **87a** 13 ff.
- Betreuung der Heimbewohner **84** 9

- Leistungsumfang/-qualität **84** 15 ff.
 - medizinische Behandlungspflege **84** 9 ff.
- ## **Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz** Einl. 21

Pflegemängel

- Kündigung
 - fristgebundene **74** 8 ff.
 - fristlose **74** 11
- Mängelbeseitigung **74** 3 ff.
- Auflage **74** 5
- Vereinbarung **74** 6
- Versorgungsvertrag **74** 3
- vorläufiger Versorgungsausschluss **74** 7

Pflege-Neuausrichtungsgesetz Einl. 26

Pflegeperson **19**

- Additionspflege **44** 26
- Ausübung einer Erwerbstätigkeit **19** 7
- Begriff **44** 9
- Beihilfeleistungen des Pflegebedürftigen **44** 51 ff.
- beitragspflichtige Einnahmen **44** 21
- Beschäftigungsverhältnis **19** 14
- Besitzstandsschutz **44** 11 ff.; **141** 3, 11 ff.
- ehrenamtliche – **45** 4
- Ersatz bei Verhinderung **39** 5 ff.
- Erwerbsmäßigkeit **44** 17
- Familienangehörige **19** 14
 - bei Ersatzpflege **39** 3, 14 ff.
- Förderung beruflicher Weiterbildung **44** 43
- gesetzliche Unfallversicherung **44** 38 ff.
- grenzüberschreitende Sachverhalte **44** 18
- Informationspflicht zu Daten **44** 50
- jüngere~, Leistungen **39** 21 ff.
- Kranken-/Pflegeversicherungsschutz
 - Freistellung **44a** 6 ff.
 - geringfügige Beschäftigung **44a** 6 ff.
- Leistungen der Heilfürsorge **44** 51 ff.
- Mehrfachpflege **44** 27
- Mindestpflegezeit **19** 16; **44** 9
 - Unfallversicherung **19** 20
- nichterwerbsmäßige **19** 8 ff.
- Personalbemessung **113c** 2 ff.; s. a. *dort*
- Pflegegeld **37** 3
- Pflegeunterstützungsgeld **44a** 7
- soziale Sicherung **19** 4; **34** 21; **44**
 - anwendbare Vorschriften **44** 19 ff.
 - Arbeitslosigkeit nach Pflege **44** 43 ff.
 - Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung **44** 16 ff.
 - Feststellung des Zeitaufwands **44** 35 ff.
 - Meldepflichten **44** 48 f., 54 ff.
 - neben der Pflegesachleistung **4** 6
 - Versicherungsfreiheit in der GRV **44** 31 f.
- Teilnahme an stationärer medizinischer Vorsorge- oder Reha-Maßnahme **42a** 5 ff.
- Antrags- und Genehmigungsverfahren für Pflegebedürftigen **42a** 9

- Leistungsumfang für Pflegebedürftigen **42a** 7 ff.
- Ruhen von Leistungen bei häuslicher Pflege **42a** 12
- Verhinderung **39** 6; **42** 5
- Vertrag mit einzelner Pflegekraft **77**
- Wegeunfall **44** 42
- Pflege-Pool** **111** 5 f.
- Pflegequalität** s. a. *Qualitätssicherung*
- Fachlichkeit der Pflegekräfte **113** 4
- indikatorengestützte Verfahren **113** 6
- Maßstäbe und Grundsätze **113** 2
- Modell des Sicherung **Vor** **112** 5 f.
- Qualitätsverantwortung **112** 3
- Sicherung und Weiterentwicklung **Vor** **112** 3
- strukturierte Informationssammlung, SIS **113** 4
- Vertragsparteien **113** 7
- Pflege-Qualitätssicherungsgesetz** **Einl.** 20
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen** **36** 7, 10
- pflegerische Maßnahmen** **36** 8 ff.
- Abgrenzung zur Eingliederungshilfe **36** 10
- körperbezogene Pflegemaßnahmen **36** 9
- krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen **36** 13
- pflegfachliche Anleitung **36** 16
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen **36** 10
- Ziele der Maßnahmen **36** 14
- Pflegesachleistung** s. a. *häusliche Pflege*; **36** 5
- Pflegesatz**
 - allgemeine Pflegeleistungen **84** 8
 - angemessene Gewinnchancen **84** 32
 - Aushandeln **82** 5
 - Bemessung nach Pflegeklassen **43** 13
 - Bemessungsgrundsätze **85** 4 ff.
 - Bemessungskriterien **84** 24 ff.
 - Betreuung der Heimbewohner **84** 9
 - Bindungswirkung für die Einrichtung **84** 44
 - Eigenanteil **84** 21 f.
 - Eigenanteil der Heimbewohner **84** 34 ff.
 - externer Vergleich **84** 29 ff.
 - Geltungsdauer **85** 13
 - Gruppen- **86** 4
 - Kommission **86** 2 ff.
 - leistungsgerechte Vergütung **84** 19 ff.
 - Leistungsumfang/-qualität **84** 15 ff.
 - Marktpreismodell **84** 25
 - medizinische Behandlungspflege **84** 9 ff.
 - Parteien der -vereinbarung **85** 6
 - pflegesatzfähige Aufwendungen **82** 6; **84** 7 ff.
 - prospektive Ausrichtung **85** 7
 - tagesgleiche Pflegesätze **84** 6
 - teil- und vollstationäre Versorgung **84** 11 f.
 - Vereinbarung
 - Abschluss **85** 10
 - Darlegungsverfahren **85** 8 f.
 - Geltungsdauer **85** 13
 - Leistungsträger **85** 5
 - Nachweispflichten des Pflegeheims **85** 7
 - Parteien der Vereinbarung **85** 6
 - Pflegesatzzeitraum **85** 7
 - Schiedsstelle **85** 11
 - Vereinbarung **85** 4 ff.
 - Verfahren **85** 3 ff.
 - Vergütungszuschläge **84** 45 ff.; **85** 15 ff.
 - Verhandlungen **84** 17 ff.
 - Versorgungsaufwand **84** 20
 - Wegfall der Geschäftsgrundlage **85** 14
 - Wirtschaftlichkeit der Personalaufwendungen **84** 31
 - Zeitraum **85** 7
 - Zusatzleistungen **88** 2 ff.
- Pflegesatzkommission** **86**
- Gruppenpflegesätze **86** 4
- Mitglieder **86** 3
- Rahmenverträge, stationäre Pflege **86** 5
- Pflegesatzvereinbarung** **85** 5
- Abschluss **85** 10
- beschleunigtes Verfahren **76** 20
- Darlegungsverfahren **85** 8 f.
- Geltungsdauer **85** 13
- Geschäftsgrundlage **85** 12
- höhere Personalausstattung **113c** 6
- Kosten der Zusammenarbeit **117** 8
- Leistungsträger/Heimträger **85** 5
- Nachweispflicht des Pflegeheims **85** 7
- Parteien **85** 6
- Pflegesatzzeitraum **85** 7
- Rückwirkungsverbot **85** 13
- Schiedsstelle **85** 11
- Verfahren **85** 3 ff.
- Vergütungszuschläge **85** 15 ff.
- Pflegestandard**
 - medizinisch-pflegerische Kenntnisse **69** 6
- Pflegestärkungsgesetz** **Einl.** 29 ff.
- Pflegestatistiken** **109**
- Pflegestrukturplanung** **8a** 6
- Pflegestufen zu Pflegegraden** **Einl.** **30**
 - bei stationärer Pflege **43** 9, 15
 - Dauerhaftigkeit der Zuordnung **14** 7
 - Verfahrensfragen **15** 42 f.
- Pflegestützpunkte** **7c** 1 ff.
- Aufgaben **7c** 6 ff.
- Datenschutz **7c** 13
- Einrichtung **7c** 4

Sachverzeichnis

- flächendeckende Versorgung **7c** 10
- Netzwerke **7c** 3
- Schiedsverfahren **7c** 15 ff.

Pflege-Tagebuch **15** 42; **19** 19

- Begutachtung **18a** 6

Pflege-Transparenzvereinbarung

- Inhalt **115** 3
- Rechtsform **115** 7
- Überleitung **115a** 3

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz **17** 2

Pflegeunterstützungsgeld **44a** 7, 12 ff.

- Beitragsfreiheit **56** 15
- kurzzeitige Arbeitsverhinderung **44a** 3 ff.

Pflegevergütung s. a. *Vergütungsvereinbarung*

- Abgrenzung von anderen Entgelten **82** 2
- allgemeine Pflegeleistung **82** 4, 6 f.
- angemessene Gewinnchancen **84** 32
- Aufwendungen für Behandlungspflege und soziale Betreuung **82** 3
- Ausnahmeregelung **91** 2
- Begriff/Umfang **Vor 82** 2 f.
- Bemessungsgrundsätze **84** 4 ff.
- durch Pflegesätze **84** 6
- Eigenanteil der Heimbewohner **84** 34 ff.
- Einbeziehung weiterer Leistungsträger **Vor 82** 7
- Einzelpersonen **Vor 82** 1
- externer Vergleich **84** 29 ff.
- für ambulante Pflegeeinrichtungen **89**
- Grundsätze **Vor 82** 1 ff.
- Kollektivvertrag **Vor 82** 2
- Kostenerstattung **Vor 82** 6
- Marktpreismodell **84** 25
- materielle Gehalt **82** 5
- ohne Vergütungsvereinbarung **91** 5 ff.
 - Information der Pflegebedürftigen **91** 9
 - private Pflegeversicherung **91** 8
 - Sozialhilfeträger **91** 7
- plausible Gestehungskosten **84** 26
- Systematik **82** 5
- Unterkunft **82** 9 ff.
- Vergütungsbestimmungen **82** 5
- Vergütungsvergleich mit anderen Einrichtungen **84** 29
- Verpflegung **82** 9 ff.
- Vertrag über ambulante Pflege **120** 9 f.
- VO zur Regelung der – **83**
- Wirtschaftlichkeit der Personalaufwendungen **82c**
- Zahlungspflicht **82** 8
- Zuschläge **84** 45 ff.; **85** 15 ff.
- Zuschläge zusätzliche Stellen **113c** 15

Pflegeversichertennummer **101**

Pflegeversicherung

- Abgrenzung gegenüber Gesetzlicher Krankenversicherung **Einl.** 15

- Aufgaben der – **1** 6
 - eingetragene Lebenspartner **1** 10
 - Finanzierung **1** 8; **Vor 54**
 - gemeinsame Datenverarbeitung **96** 2 ff.
 - Grundstrukturen **Einl.** 2 ff.; **1** 2
 - Kosten für Telematikinfrastruktur **106b** 7
 - Leistungen s. *Leistungen der Pflegeversicherung*
 - Maßnahmen zur Weiterentwicklung **8** 4
 - Modellvorhaben **8** 4
 - private – s. *Private Pflegeversicherung*
 - soziale – s. *Soziale Pflegeversicherung*
 - Trägerschaft **46** 3 f.
 - Verarbeitung personenbezogener Daten **97** 2 f.
 - verfassungsrechtliche Aspekte **Einl.** 9
 - Vielfalt der Träger **69** 8
- ### **Pflegevertrag**
- Auflösung **74** 2
 - Vertrag über ambulante Pflege **120**
- ### **Pflegevorsorge, private**
- Kalkulation **127** 15 ff.
 - Zulagevoraussetzungen **126** 3
- ### **Pflegevorsorgefonds**
- Anlagerichtlinien **134** 4
 - Ansparphase **Vor 131** 2; **135** 2 ff.
 - Auflösung **139**
 - Beitragssatzänderungen **135** 2
 - Berichterstattung **138** 3
 - Doppelbesteuerung **134** 5
 - Entnahmephase **Vor 131** 3; **136** 2 ff.
 - Entnahmeverfahren **136** 6
 - Jahresrechnung **138**
 - Realwert der Entnahme **136** 5
 - Rechnungslegung **138** 4
 - Rechtsform und –fähigkeit **131–133** 3 f.
 - Rechtsgrundlagen **131–133** 2
 - Trägerschaft **131–133** 3
 - Überprüfung der Mittelverwendung **Vor 131** 9
 - Umnutzung der Mittel **Vor 131** 5 ff.
 - Vermögenstrennung, soziale Pflegeversicherung **137** 2 ff.
 - Vertretung **131–133** 6 f.
 - Verwaltung **134** 2 ff.
 - Verwendungszweck **136** 3
 - Zahlung für das Jahr 2023 **135** 6
 - Zahlung für die Jahre 2024–2027 **135** 7
 - Zahlungsmodalitäten **135** 3 ff.
 - Zuführungen **135** 2
 - Zweck **Vor 131** 1; **131–133** 5
- ### **Pflegevorsorgezulage**
- Ablehnung **128** 18 ff.
 - Alterungsrückstellungen **127** 31
 - Auslandswohnsitz **127** 20; **128** 11
 - Beleihung des PKV-Verbandes **127** 4, 39
 - bereits Leistungsbezieher der Pflegeversicherung **126** 8 f.

- Direktauszahlung **128** 16 f.
- Durchführungsverordnung **130** 3 ff.
- Eigenbeitrag **127** 2, 6 ff.
- ergänzende Pflegeversicherung **126** 5 ff.
- Fälligkeit des Anspruchs **127** 12
- Fördervoraussetzungen **127** 13 ff.
- Gruppenversicherungsvertrag **126** 5
- Haftung des Versicherungsunternehmens **128** 23
- Kinder und Jugendliche **126** 7
- Kostentragung durch das BMG **128** 24
- Kündigungsrecht, ordentliches **127** 21
- Mehrfachversicherung **128** 21
- mitversicherte Person **126** 5
- produktbezogene Anforderungen **127** 3
- Risikoprüfung **127** 22
- Rückforderung **128** 22
- Versicherungsaufsicht **127** 13
- Voraussetzungen **127** 5 ff.
- Zulageberechtigung **126** 11; **127** 5
- Zulageverfahren **128** 2 ff.
- Zulagevoraussetzungen **126** 3 f.
- Zuständigkeit **128** 14 f.

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz Einl. **24**

Pflegezeit

- Arbeitsleistung von Beschäftigten **44a** 5
- Pflegeunterstützungsgeld **44a** 12 ff.
- Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung **44**; **44a** 11
- vorangegangene Pflichtversicherung in GKV **44a** 9
- vorangegangene private Krankenversicherung **44a** 10
- zusätzliche Leistungen **44a**

Pflegezulage nach § 35 BVG 34 12 ff.

- Zusammentreffen mit Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und Beihilfeleistungen **34** 14

Pflege-Zusatzversicherung

- Satzungsregelung **47** 8

Poolen von Leistungsansprüchen 36 26 f.

Praktikanten s. a. Studenten und Auszubildende

- Beitragstragung **59** 11
- Versicherungspflicht **20** 27

Prämie

- Gestaltung der – **Einl.** 4a
- Prämienverzugs, Meldung **51** 6
- private Pflegeversicherung **110** 14 ff.
- Rückstand, Ordnungswidrigkeit bei PVV **121** 8 f.
- Sonderanpassungsrecht, private Pflegeversicherung **143** 10 ff.

Prävention

- Aufgabe der Pflegeversicherung **113a** 3
- Aufgaben der Privaten Krankenkassen **5** 3

- Vorrang der – **5**

Präventions-/

Rehabilitationsempfehlung

- bundeseinheitliches Verfahren **18b** 15

Private Pflegeversicherung s. a. Versicherungsunternehmen

- Akteneinsicht des Versicherten **110** 27
- Akteneinsichtsrecht **110** 28
- allgemeine Versicherungsbedingungen **110** 3
- Altgeschäft **110** 7
- Aufsicht für Risikoausgleich **111** 7
- Beitragszuschuss **61** 6 ff.
- bereits pflegebedürftige Person **110** 10
- Bindung bei Kostenerstattung **91** 8
- Feststellung der Pflegebedürftigkeit **23** 36
- Gleichwertigkeitsgebot **23** 29 ff.
- Höchstbeitrag für Ehegatten **110** 18
- Kontrahierungszwang **110** 5
- Kostenerstattung **91** 8
- Kostenerstattungsprinzip **23** 32
- Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages **23** 26; **27** 2 ff.; **51** 8; **110** 25 ff.
- Leistungsrecht und Auslandsbezug **23** 35
- leistungrechtliche Ausgestaltung **23** 28
- Leistungszusage **23** 41
- Meldepflichten **51**
- Mitversicherung von Kindern **110** 16
- Neugeschäft **110** 12 f.
- Ordnungswidrigkeiten **121** 4
- pandemiebedingte Mehrausgaben **110a** 2 ff.
 - Aufwand **110a** 6 ff.
 - Bemessung **110a** 12 f.
 - Prämienzuschlag **110a** 9 ff.
 - Umsetzung **110a** 14
- Pflichtversicherung als Teilabsicherung **Vor 126** 1
- Prämie **110** 14 ff.
 - Altgeschäft **110** 17 f.
 - Mitglieder von Solidargemeinschaften **110** 24 ff.
 - Versicherte im Basistarif **110** 20 ff.
- Prämienrückstand als Ordnungswidrigkeit **121** 8 f.
- Prämienzahlung, Verzug **51** 6
- Qualitätsprüfung **114a** 11 f.
- Rahmenbedingungen für Verträge **110** 2
- Rechtsweg **23** 44 f.
- Risikoausgleich **111**
- Übersicht der Leistungserbringung **108** 11
- Verfahrensrecht **23** 37 ff.
- Verhältnis zum privaten Versicherungsrecht **23** 4
- Verhältnis zur sozialen Pflegeversicherung **Einl.** 5

Sachverzeichnis

- Verhältnis, private Pflegepflichtversicherung **110** 29
- Versicherte im Basistarif **110** 8 ff.
- Versicherungsfall **23** 38
- Vorerkrankungen **110** 9, 13
- Vorversicherungszeiten **23** 43; **110** 19
- Wahl des Versicherungsunternehmens **23** 25 ff.
- Wartezeiten **110** 11
- Zustandekommen des Privaten Pflegeversicherungsvertrages **23** 24

Private Pflegevorsorge

- Zulageberechtigung **126**

Prognose zur Dauer der Pflegebedürftigkeit

- 14** 7; **15** 41

Prüfarten

- 114** 6

Prüfauftrag

- 114** 3

Prüfergebnisse

- Übermittlung **115** 3

- Veröffentlichung **115** 4

- Verwertung **115** 2

Prüfrhythmus

- Pflegeeinrichtung **114c** 2

- Richtlinien **114c** 3 ff.

- Richtlinien, Genehmigung **114c** 8

psychische Problemlagen

- 14** 9, **14**

- Abwehr pflegerischer Maßnahmen **14** 15

- aggressives Verhalten anderen gegenüber **14** 15

- Bewertung **15** 17

- Bewertungsskala **15** 18

- Häufigkeit **15** 18

- nächtliche Unruhe **14** 15

- selbstschädigendes Verhalten **14** 15

Punktesystem

- Bewertung der Selbständigkeit/Unselbständigkeit **15** 4

Qualifikation der Pflegekraft

- 77** 6

Qualität der Pflegeleistungen

- 28** 9

Qualitätsausschuss

- Amtszeit **113b** 3

- Arbeitsweise **113b** 2

- Aufgaben **113b** 6

- Aufsicht **113b** 5

- Empfehlungen zu Beratungsbesuchen **37** 19

- Ersatzvornahme **113b** 6

- erweiterter **113b** 4

- erweiterter, Vorsitz **113b** 4

- Geschäftsstelle **113b** 8

- Rechtsschutz **113b** 11

- Selbstverwaltung **113b** 2

- Sitzungen **113b** 9 f.

- Weisungsabhängigkeit **113b** 3

- Weiterentwicklung der Qualitätssysteme **113b** 7

- Zusammensetzung **113b** 3

Qualitätsdarstellung

- Vor** **112** 3

- Löschung von Veröffentlichungen **115** 6

- Veröffentlichung **115** 4

Qualitätsdarstellungsvereinbarungen

- Vor** **112** 3; **114a** 14; **115a** 3

- Anpassung **115** 4

- Inhalt **115** 5

- Rechtsform **115** 7

- Veröffentlichung **114b** 4

Qualitätsmängel

- Mängelbeseitigung **115** 11

- Fristversäumnis **115** 14

- Schutz der Pflegebedürftigen **115** 21

Qualitätsprüfung

- Abrechnungsprüfung **114** 13

- Abschlussgespräch **117** 5

- Ankündigung **114a** 3; **114c** 7

- Anlassprüfung **114** 2 f., 17

- Aufklärung der Betroffenen **114a** 6 f.

- Aushang **115** 5

- Befragungsrecht **114a** 6

- Beratung des MD **114** 7

- Berichtspflicht **114c** 9

- Berichtspflicht des MD **114a** 13

- Beteiligungsrechte **114a** 10

- Betretungsrechte **114a** 4 f.

- Datenübermittlung an Dritte **115** 9 f.

- Durchführung vor Ort **114a** 3

- Einschränkung, zeitlich **151**

- Einsicht in Pflegedokumentation **114a** 6 ff.

- Einwilligung der Betroffenen **114a** 5

- Ergebnisqualität **114** 12; **114a** 8

- Ergebnisse

- durch Sachverständige **115** 5

- Informationspflicht **115** 2

- Übermittlung **115** 3

- Veröffentlichung **115** 2

- Verwertung **115** 2

- Ermächtigungsgrundlage **114a** 2

- Heimaufsichtsbehörde **114** 2

- Inaugenscheinnahme der Betroffenen **114a** 6

- indikatorengestütztes Verfahren **114b** 2 ff.

- Kosten **114** 19

- Mängelbeseitigung **115** 11

- Maßnahmenbescheid s. a. *Maßnahmenbescheid*; **115** 11

- Maßstab **114** 14

- Mitteilungspflichten, Pflegeeinrichtung **114** 8

- Mitwirkungs- und Duldungspflichten **114** 7

- Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten **114** 6

- Modellvorhaben **117** 6

- Prüfarten **114** 2, 6

- Prüfauftrag **114** 2 f.
- Prüfdienst der PKV **114** 4
- Prüffrequenz **114** 16; **114c** 2
- Prüfgegenstand **114** 5
- Prüfstellen **114** 4
- Prüfteam **114** 4
- Qualitätskomponenten **114** 9
- Rechtsgrundlage **114** 1
- Rechtsschutz bei Veröffentlichung **115** 6
- Reduzierung von Umfang **114** 15
- Regelprüfung **114** 3, 11 ff.
- Richtlinienerrlass **114c** 5
- Sonderregelung, Corona-Pandemie **114** 10
- Stichprobe **114a** 6
- Veröffentlichung **115** 2
- Wiederholungsprüfung **114** 2 f., 18; **114a** 3
- Wirksamkeit von Pflegeleistungen **114** 12
- Zusammenarbeit **117** 3 ff.
- Zusammenarbeit, private Pflegeversicherung **114a** 11 f.

Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) **114a** 14

- Anpassung **115a** 4 ff.
- Fortgeltung **115a** 4 ff.

Qualitätssicherung

- Ausweitung **97a** 2 ff.
- Beratung durch Medizinischen Dienst **112** 5
- Betreuungsdienste **112a** 2 ff.
- Datenübermittlung **97a** 4
- Expertenstandards **113a** 2 ff.
- Gutachten zur Pflegebedürftigkeit **53a** 4a
- indikatorengestützte Verfahren **113** 6
- Personalbemessung **Vor** **112** 4
- Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. **97c**
- Qualitätsausschuss **Vor** **112** 3
- Qualitätsverantwortung **112** 2 ff.
- Rechtsgrundlagen **Vor** **112** 1 ff.
- Schiedsstelle **113b** 2
- Vereinbarungen **113** 3 ff.
 - Kündigung **113** 8
 - Verbindlichkeit **113** 8
 - Vertragsparteien **113** 7 ff.
 - Zustandekommen **113** 8
- Verhältnis zu heimrechtlichen Vorschriften **Vor** **112** 7 ff.
- Wirtschaftlichkeitsprüfung **97a** 3
- Zulassung **72** 9

Qualitätsstandards

- Entwicklung **113a** 2

Qualitätsverantwortung **112** 2

Rahmenverträge **75** 1

- Abgrenzung der Zusatzleistungen **88** 5
- Änderung **75** 8 ff.

- Anpassung, Mindestpersonalausstattung **113c** 10
- Definition der Qualifikationsanforderungen **113c** 12
- digitale Pflege und Versorgung **78a** 9 ff.
- Empfehlungen auf Bundesebene **75** 15
- höhere Personalausstattung **113c** 7
- Inhalt **75** 5 ff.
- Kündigung **75** 12
- Kurzzeitpflege **88a** 5
- Parteien **75** 9
- Pflegesatzkommission, stationäre Pflege **86** 5
- Rechtsschutz **75** 14
- Regelungsgegenstände **75** 5 ff.
- Regelungskompetenzen **75** 3 ff.
- Regelungswirkung **75** 13
- Schiedsstelle **75** 8
- Schiedsverfahren **75** 11
- Steuerung des Leistungsgeschehens **75** 2
- Verbindlichkeit **75** 13
- Vereinbarungszweck **75** 4
- Vertragspartner **75** 9
- Vertragsschluss **75** 10

Rechnungs- und Buchführungsvorschriften **83** 4

- Pflegevorsorgefonds **138** 4

Rechtsqualität **17** 8 ff.

Rechtsschutz Einl. **11**

- gegen Maßnahmen der Rechtsaufsicht **46** 11
- Kündigung eines Versorgungsvertrages **74** 12
- Qualitätsausschuss **113b** 11
- Rahmenverträge **75** 14
- Versorgungsvertrag, Ablehnung/Kündigung **73** 4 ff.

Rehabilitanden

- beitragspflichtige Einnahmen **57** 10, 31
- Beitragstragung **59** 9
- Beitragszuschuss an Teilnehmer **61** 11

Rehabilitation

- Anspruch **18b** 16
- Aufgaben der Privaten Krankenkassen **5** 3
- Beurteilung durch Gutachter **18b** 15
- Expertenstandards **113a** 3
- Mitwirkungspflicht **6** 4; **31** 4
- nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit **5** 4
- vorläufige Leistungen **32**
- Vorrang **18b** 9
- Vorrang vor Pflege **5**; **31** 3
- Zuständigkeit **5** 2; **31** 6

religiöses Bekenntnis

- Rücksichtnahme beim Pflegebedürftigen **2** 6

Rentner

- beitragspflichtige Einnahmen **57** 13, 28

Sachverzeichnis

- Beitragstragung **59** 12
- Beitragszahlung/-schuldner **60** 7
- landwirtschaftliche – **57** 32; **59** 6; **60** 9
- Meldung des Eintritts der Versicherungspflicht **50** 7
- Rentenantragsteller **49** 4; **56** 4 ff.; **57** 28; **59** 18
- rückwirkender Rentenbezug **57** 23a
- Versicherungspflicht **20** 28
- Zahlungsweg **60** 18

Richtlinien

- Anwendung durch die Rechtsprechung **17** 9
- Begutachtung der Pflegebedürftigkeit **53a** 4 ff.
- Begutachtungs– **17** 20 ff.
- Dienstleitungs– **17** 32 ff.
- Genehmigungsverfahren **17** 34
- Kostenabgrenzungs– **17** 29 ff.
- Pflegeberatungs– **17** 25 ff.
- Rechtsaufsicht **17** 35
- Rechtsqualität **17** 8 ff.
- Rechtsschutz **17** 18 ff.
- über zusätzliche Betreuungskräfte **53b**
- Zusammenarbeit mit unabhängigen Gutachtern **53a**

Rückkehrer in die Soziale Pflegeversicherung

- beitragspflichtige Einnahmen **57** 14
- Beitragstragung **58** 3; **59** 13
- Beitragszahlung/-schuldner **60** 10

Rücklage 62 2; 64 2

- Aufsichtsbehörden **64** 4

Ruhen der Leistungen

- Ausnahmen vom ~ beim Pflegegeld **34** 20
- bei Auslandsaufenthalt **34** 4 ff.
- bei Bezug von Entschädigungsleistungen **34** 12 ff.
- bei häuslicher Krankenpflege **34** 17
- bei Krankenhausaufenthalt **34** 17

Sachleistungen s. Leistungen der Pflegeversicherung

Sachleistungsprinzip 4 3; Vor 28 2 f.; 69 2

- Aufhebung **91** 3
- bei häuslicher Pflege **36** 5

Sachverständige s. a. Begutachtung

- Qualitätssicherung **113** 7
- Qualitätssicherung/-prüfung **97a** 2 ff.
- unabhängige, Datenschutz **97d** 2
- unabhängige, Datenverarbeitung **97d** 3 f.
- unabhängige, Löschungspflicht **97d** 6

Satzung 47

Schadensersatz

- Nichtbeachtung von Datenschutz **Vor 93** 87 ff.
- personenbezogene Daten **94** 20

Schiedsstelle

- Abrechnung pflegerischer Leistungen **105** 11
- Antrag/Verfahren **76** 13 ff.
- beschleunigtes Verfahren, Pflegesatzvereinbarung **76** 20
- Besetzung **76** 4 f.
- digitale Pflege und Versorgung **78a** 7
- Ermittlungspflichten **76** 16 f.
- Festsetzung des Pflegesatzes **85** 11
- gerichtliche Kontrolle **76** 7
- Kosten des Schiedsverfahrens **116** 4
- Kurzzeitpflege **88a** 12 ff.
- Normzweck **76** 2
- Qualitätsausschuss **113b** 2
- Rahmenverträge **75** 11
- Rechtsaufsicht **76** 18
- Rechtsnatur der Entscheidungen **85** 11
- Rechtsnatur der Festsetzung **76** 6
- Rechtsschutz **76** 7
- Rechtsstellung der Mitglieder **76** 12
- Vergütungskürzung **115** 19
- Vergütungsvereinbarung, ambulante Pflege **89** 19
- Verordnungen der Länder **76** 19
- Verzicht auf Vergütungsvereinbarung **91** 4
- Zusammensetzung **76** 9 ff.
- Zuständigkeiten **76** 3 ff.

Schmerzmanagement

- Expertenstandards **113a** 3a

Schweigepflicht

- ärztliche **Vor 93** 55 ff.; **93** 8
- Leistungserbringer **104** 4

Schwerbehinderteneigenschaft

- Änderung des Schweregrades **14** 7
- Pflegebedürftigkeit **14** 5

Schweregrad der Beeinträchtigungen

- Einteilung in Kategorien **15** 13

Schwerpflegebedürftigkeit

- nach § 53 SGB V **Einl.** 16

Selbständigkeit

- Abgrenzung Unselbständigkeit **15** 4

Selbstbeteiligung bei Hilfsmitteln 40 3, 19, 40

Selbsthilfe

- Abgrenzung, Gründungszuschüsse **45d** 6
- Budget **45d** 4 ff.
- Förderung **45d** 3 ff.
- Förderung bundesweiter – **45d** 11

Selbsthilfegruppen 45d

Selbsthilfekontaktstellen 45d 11

Selbsthilfeorganisationen 45d 11

selbstschädigendes Verhalten 14 15

Selbstversorgung

- An- und Auskleiden **14** 16 f.
- Essen-/Trinken **14** 16 f.
- Körperpflege **14** 16 f.

- Körperpflege/Ernährung **15** 21
- Pflegebedürftigkeit **14** 9
- Selbständigkeit **15** 8 ff.
- Waschen **14** 17
- Zukunftsplanung **14** 20
- Selbstzahler** s. *Beiträge*
- Sichbeschäftigten** **14** 20
- Sicherstellung der Pflege**
 - durch ehrenamtliche Pflegepersonen **37** 7
- Sicherstellungsauftrag** **12** 2 f.; **69**
 - Bedarfsgerechtigkeit **69** 4 ff.
 - Vielfalt der Träger **69** 8
 - Ziel **69** 3 ff.
- Sicherungspflege** **13** 8
- Soldaten auf Zeit**
 - beitragspflichtige Einnahmen **57** 27
 - Beitragstragung **59** 18
 - Versicherungspflicht **21** 12
 - zuständige Pflegekasse **48** 6
- Solidargemeinschaft**
 - Pflichten **21a** 10
 - Versicherungspflicht **21a** 1 f.
- Sonderanpassungsrecht**
 - Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen **143** 6 ff.
 - Anpassung der Prämien **143** 10 ff.
 - Mitteilung und Wirksamwerden der Bedingungs- und Beitragsänderungen **143** 13
- Sonderzahlungen** **72** 7c
- Sonn- und Feiertagszuschläge** **72** 7c
- Sozialdaten**
 - Datenschutz **Vor** **93** 28 f.
 - Datenübermittlung **Vor** **93** 45
 - personenbezogene Daten **93** 11 f.
- soziale Betreuung**
 - bei häuslicher Pflege **4** 6
 - bei Kurzzeitpflege **42** 8
 - bei teilstationärer Pflege **41** 7
 - bei vollstationärer Pflege **43** 4, 11
- soziale Kontakte** **14** 19
 - Modul **6** **15** 31
- Soziale Pflegeversicherung**
 - Beteiligung des Bundes an Aufwendungen **61a** 2 ff.
 - Bundeszuschuss, Darlehensrückzahlung **61a** 5
 - Mitgliedschaft s. *dort*
 - Organisation **Vor** **46** 1 f.
 - Teilabsicherung **Vor** **126** 1
 - Träger **46** 3 ff.
 - Verhältnis zu §§ 53 ff. SGB V **Einl.** 14
 - Verhältnis zur Privaten Pflegeversicherung **Einl.** 5
 - Verwaltungsakt **46** 6
- Soziale Sicherung von Pflegepersonen** s. *Pflegeperson*

- Sozialgeheimnis**
 - Betriebs- und Geschäftsgeheimnis **93** 10
 - Definition **93** 3
 - Verstorbener **93** 9
- Sozialhilfe**
 - Begrenzung der Kostenerstattung **91** 5
 - Eingliederungshilfe und Leistungen aus der Pflegeversicherung **36** 10
- Sozialhilfeträger**
 - Bindung bei Kostenerstattung **91** 7
 - Datenaustausch mit den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten **47a** 10
 - Einbeziehung, Landesverband der Pflegekassen **81** 5
 - Einvernehmen bei Ablehnung von Bestandsschutz **73** 12
 - Nutzungserlaubnis, personenbezogene Daten **97b** 2 ff.
 - Pflegesatzpartei, ambulante Pflege **89** 15
 - Pflegesatzvereinbarung **85** 5
 - Pflegevergütung **Vor** **82** 7
- Sozialversicherungsträger**
 - Kennzeichenverwendung **103** 2 f.
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen** **53**
 - Aufgaben **53** 6
 - Organisation **53** 3
 - Richtlinien, Betreuungsdienste **112a** 4 f.
- Spitzenverband Bund der Pflegekassen**
 - Berichtspflicht zu Qualitätsprüfungen **114c** 9
 - Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege **125b** 2 ff.
 - personenbezogene Daten **95** 2 ff.
 - Rahmenvertrag zur Personalausstattung **113c** 13
 - Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze **72** 12
- Springerpools** **113c** 8
- Stabilisierung der häuslichen Pflege**
 - gemeinsamer Jahresbetrag **42a** 2 ff.
- stationäre Pflegeeinrichtung** **71** 12 ff.
 - Abgrenzung andere Versorgungszwecke **71** 17
 - Abgrenzungsrichtlinie **71** 22
 - Anbindung an Telematikinfrastruktur **125** 3
 - Krankenhaus **71** 17
 - Leistungsbreite **71** 15
 - Leistungsgegenstand **71** 14
 - Leistungsort **71** 13
 - Organisationsstruktur **71** 23
 - Personalbemessung **113c** 2 ff.
 - pflegerischer Leistungszweck **71** 16 ff.
 - Prüfrhythmus **114c** 2 ff.
 - selbständiges Wirtschaften **71** 24 f.
 - Stichtag **73** 13

Sachverzeichnis

- Vergütung für Beratungseinsätze **146** 3
- Vergütungskürzung **115** 15 ff.
- Vorsorge- und Reha-Einrichtungen **71** 17
- Wirtschaftlichkeitsprüfung **79** 2 ff.
- Zulassungserfordernis **72** 3
- Zulassungsvoraussetzungen **71** 17 ff.; **72** 4 ff.

stationäre Pflegeleistungen

- Befreiung von der Versicherungspflicht in der Privaten Pflegeversicherung **23** 19 f.
- Beitragsfreiheit in der Sozialen Pflegeversicherung **56** 12 ff.
- Bemessungsgrundsätze der Vergütung **84** 4 ff.
- Bestandsschutz beim Eigenanteil **141** 8
- Kurzzeitpflege *s. dort*
- Pauschalbeträge **43** 14 ff.
- teilstationäre Pflege *s. dort*
- vollstationäre Pflege *s. dort*

Statistik Vor **93** 1; **94** 19; **109**

- Ermächtigung zur Erstellung **109** 2 ff.
- Sammlung von Daten **109** 3

Sterbebegleitung

- Leistungen der Pflegeversicherung **28** 13

Stomaversorgung

- Modul **5** 15 26

Strukturierte Informationssammlung **113** 4

Studenten und Auszubildende

- beitragspflichtige Einnahmen **57** 12, **29**
- Beitragstragung **59** 11
- Beitragszahlung/-schuldner **60** 6
- Stuhlinkontinenz
 - Umgang mit ~ **14** 17
- Versicherungspflicht **20** 25 f.

Sturzprophylaxe

- Expertenstandards **113a** 3a

Systematik des SGB XI Einl. 2, 11

Tagesablauf **14** 20

Tagespflege **41** 3

Tariffrecht

- ambulante Pflegeleistungen **89** 7
- Pflegeeinrichtung **72** 7 ff.
- Wirtschaftlichkeit der Personalaufwendungen **82c** 5; **84** 31

Teilhabe am Arbeitsleben *s. Rehabilitanden*

Teilleistungsprinzip

- Durchbrechung **42a** 7

teilstationäre Pflege **41**

- Kombination mit anderen Leistungsarten **41** 10 f.
- Leistungshöhe **41** 9
- Nachtpflege **41** 3
- Qualitätssicherung **113** 2
- Tagespflege **41** 3
- und Wohngruppenzuschlag **38a** 14

- Vorrang gegenüber vollstationärer Pflege **3** 5

- zugelassene Einrichtungen **41** 4

telefonische Begutachtung **142a**

Telematikinfrastruktur

- Einbindung der Medizinischen Dienste **106c** 2
- Finanzierung **106b** 4 f.
- Finanzierung bei Pflegeeinrichtung **125** 7 f.
- Kommunikation im Gesundheitswesen **106b** 2
- Kostengrundsentscheidung **106b** 7
- Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtung **125** 2
- Organisation von Prozessen **125** 5
- sichere Kommunikation **125** 4
- TI-Pauschale, Dauer/Festlegung **106b** 9 f.
- Zahlungs- und Abrechnungsverfahren **106b** 6

Telenursing **106b** 2

Telepflege **125a** 2 ff.

Träger der Sozialversicherung

- Kennzeichenverwendung **103** 2 ff.

Träger von Pflegeeinrichtungen *s. Einrichtungsträger*

Trägervereinigung

- Qualitätsprüfung **114a** 10
- Qualitätssicherung **113** 7
- Verarbeitung personenbezogener Daten **104** 10

Trägersvielfalt **11** 5; **69** 8

Transparenzbericht *s. Qualitätsprüfung*

Übergangsgeld *s. Rehabilitanden*

Übergangsregelungen

- Aufhebung **122**

Umgang mit Harninkontinenz

- ~ Stuhlinkontinenz **14** 17

Umgang mit krankheitsbedingten

Anforderungen **14** 18

Umwandlungsanspruch **45a** 17 ff.

Unterkunft und Verpflegung **43** 18; **82**

9 ff.

- Angemessenheit des Entgelts für – **82** 13

- anwendbare Vorschriften **87** 5

- Entgelte **87** 2 ff.

- Bemessung **87** 4

- Höhe **87** 4

- Kostenträger **87** 3

- Preisregulierung unter Privaten **82** 11

- Regulierung der Entgelte für – **82** 10

- Zusatzleistungen **88** 3 f.

Unterstützung im Alltag **45a** 7

- Anerkennung, Verordnungsmächtigung **45a** 12

- Angebote **45a** 9; **45c** 9 f.

- Betreuungs- und Entlastungsangebote **45c 4**
- Leistungs- und Preisvergleichslisten **45a 10**
- Modellvorhaben **45c 11**
- Überleitungsregelungen **144 3**
- Umwandlungsanspruch, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote **45a 17 ff.**

Unterstützungsleistung

- digitale Pflegeanwendungen
 - Anspruch **39a 6**
 - Voraussetzungen **39a 3 ff.**
- nach Eingang des Leistungsantrages **7 12**

Unterstützungsmaßnahmen vor Ort

- Anteilsfinanzierung **123 24**
- Aufteilung der Fördermittel **123 39**
- Auszahlung der Förderung **123 40**
- bedarfsgerechte Sozialplanung **123 20**
- Beteiligung an Unterstützungsmaßnahmen **123 26**
- Beteiligung privater Versicherungsunternehmen **123 26**
- digitale Vernetzung der Pflegeangebote **123 23**
- Empfehlungen **123 27 ff.**
- Entwicklungsgeschichte **123 3 ff.**
- Fachkräftebedarf/Ehrenamt **123 19**
- Modellvorhaben zur kommunalen Beratung **123 1**
- Modellvorhaben, Laufzeit **123 35 ff.**
- Pflegeprävalenz **123 18**
- Versorgungsverweiterungsbudget **123 2**
- vor Ort und im Quartier **123 13**
- wissenschaftliche Begleitung und Auswertung **124 3**
 - Berichte **124 6**
 - Inhalte **124 4**
 - Kosten **124 7**
- Ziele der Förderung **123 12 ff.**

Untersuchung im Wohnbereich **18a 8**

- Ausnahmen **18a 15 ff.**
- Einverständnis des Pflegebedürftigen **18a 11**

Verantwortlicher

- Datenschutz **Vor 93 30 f.**
- gemeinsamer **Vor 93 35 f.**
- Informationspflichten **Vor 93 71**

Verband der Privaten Krankenversicherungen

- Beteiligung an Pflegesatzkommission **Vor 82 7**
- Pflegepool **111 5 f.**
- Prüfdienst für Qualitätssicherung **97c**
- Vereinbarung zum Meldeverfahren **51 5**

Verbände privater Anbieter

- Qualitätssicherung **113 7**

Verbesserung des Wohnumfeldes s. *Wohnumfeld*

Verfahren

- Amtsermittlung im Feststellungsverfahren **18a 44 ff.**
- Feststellung der Pflegebedürftigkeit **Vor 14 12; 18 6**
- Mitwirkungspflicht **18a 14**
- Sachverständigengutachten **15 42**

Vergütung für ambulante Pflegeleistung **89 2 ff.**

Vergütungskürzung

- Betrag **115 15**
- Frist **115 18**
- Höhe **115 17**
- Kürzungsanspruch des Pflegebedürftigen **115 20**
- Personalunterdeckung **115 16 f.**
- Qualitätsmängel **115 2**
- Schiedsstelle **115 19**
- Verfahren **115 18**
- Voraussetzungen **115 16**

Vergütungssatz

- Entlastungsbetrag **45b 21 ff.**

Vergütungsvereinbarung

- ambulante Pflegeleistungen
 - anwendbare Vorschriften **89 13**
 - einheitliche Grundsätze **89 5**
 - Gegenstand **89 4 ff.**
 - leistungsgerechte Vergütung **89 6 f.**
 - Rückwirkungsverbot **89 10**
 - Unternehmensgewinne **89 8**
 - Verfahren **89 19**
 - Vergütungssysteme **89 16 ff.**
 - Vertragsparteien **89 15**
 - Vorgaben **89 9 ff.**
- Beitragssatzstabilität **70 3**
- Inhalt **69 7**
- Kürzung bei Pflegemängeln **115 15 ff.**
- Kurzzeitpflege **88a 2 ff.**
- Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen **84 17**
- Schiedsstelle **85 11**
- Unwirksamkeit der – **70 5**
- Zurückhaltung **70 5**
- Zuschläge **85 15 ff.**

Verhaltensweisen **14 14 f.**

- Abwehr pflegerischer Maßnahmen **14 15**
- aggressives Verhalten anderen gegenüber **14 15**
- autoaggressives Verhalten **14 15**
- Bewertung **15 17**
- Bewertungsskala **15 18**
- Häufigkeit **15 18**
- motorisch geprägte Auffälligkeiten **14 15**

Sachverzeichnis

- Sprache **14** 15
- Stimmungslage **14** 15
- Verhältnis der Pflegeleistungen untereinander** **Vor 28** 5; **37** 5; **38** 2; **39** 19 f.; **41** 10 f.; **42** 17
- Verhinderungspflege** *s. a. Ersatzpflege*; **39**
 - durch Angehörige **39** 14 f.
 - Ersatz von Mehraufwendungen **39** 17
 - Grund und Dauer der Verhinderung **39** 6
 - Leistungsgrenzen **39** 12 ff.
 - und andere Pflegeleistungen **39** 19 f.
 - und Pflegegeld **37** 5; **39** 19
 - Verhinderungs- und Kurzzeitpflege **39** 18; **42** 2, 10a, 17
 - Verhinderungspflegegeld **39** 16
 - Voraussetzungen **39** 5 ff.
 - Wartezeit **39** 7
- Verletztengeld** *s. a. Rehabilitanden*
 - Beitragstragung **59** 18a
- Verletzung von Auskunfts- und Meldepflichten**
 - in der Privaten Pflegeversicherung **51** 2, 8
 - in der Sozialen Pflegeversicherung **50** 5 f.
 - Ordnungswidrigkeiten **121** 5 f.
- Vermögensstrennung**
 - Pflegevorsorgefonds/soziale Pflegeversicherung **137** 2 ff.
- Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung** **83**
- Versicherte**
 - Akteneinsichtsrecht, private Pflegeversicherung **110** 28
 - Auskünfte **108** 2 ff.
 - Zugriffsrecht **108** 13 f.
- Versichertennummer** **101**
- Versichertenverzeichnis**
 - erforderliche Angaben **99** 3 ff.
 - künftige Fassung **99** 8
 - Pflegekassen **99** 2 ff.
- Versicherungsbedingungen in der Privaten Pflegeversicherung** **23** 4, 37
 - Sonderanpassungsrecht **143**
- Versicherungsnahmer**
 - Sonderkündigungsrecht, private Pflegeversicherung **143** 15
- Versicherungspflicht in der Privaten Pflegeversicherung**
 - Ausnahme: Bezug von Pflegeleistungen **23** 19 f.
 - bei Mitgliedschaft in Solidargemeinschaft **23** 15
 - Fälle mit Auslandsbezug **23** 23
 - Grundlagen **Vor 20** 1 ff.; **23** 2, 5
 - verfassungsrechtliche Aspekte **23** 3
 - versicherungspflichtiger Personenkreis **23** 6 ff.
- Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung**
 - Befreiung **22** 2 ff.
 - bei Mitgliedschaft in Solidargemeinschaft **21a** 1 ff.
 - Grundlagen **Einkl.** 4; **1** 3; **Vor 20** 1 ff.
 - ohne Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung **21**
 - Verfassungsmäßigkeit **Einkl.** 10
 - versicherungspflichtiger Personenkreis **1** 4; **20** 2 ff.
 - Arbeitnehmer **20** 7 ff.
 - Befreiung **22** 2 ff.
 - Behinderte Menschen **20** 20 ff.
 - Bezieher von Arbeitsförderungsleistungen **20** 16
 - Bezieher von Vorruhestandsgeld **20** 31
 - freiwillige Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung **20** 34
 - Künstler und Publizisten **20** 19
 - Landwirte **20** 18
 - Rentner **20** 28
 - Solidargemeinschaft **21a** 6
 - Sozialhilfeempfänger **20** 33
 - Studenten und Auszubildende **20** 25 f.
 - Wehr- und Zivildienst **20** 14
- versicherungspflichtige Beschäftigte**
 - beitragspflichtige Einnahmen **57** 4 f.
 - Beitragstragung **58** 3 ff.
 - Beitragszahlung/-schuldner **60** 5
 - Datenschutz **94** 23
- Versicherungspflichtige gem. § 21 Nr. 1 bis 6**
 - beitragspflichtige Einnahmen **57** 27
 - Beitragsschuldner **60** 3
 - Beitragstragung **59** 17
 - Beitragszahlung **60** 13
 - Meldepflicht **50** 4
 - Mitgliedschaft, Beginn und Ende **49** 3
 - Zuständigkeit der Pflegekasse **48** 5 ff.
- Versicherungsunternehmen** *s. a. Verband der privaten Krankenversicherungen*
 - Anforderungen für Beitragszuschuss **61** 12
 - Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen **23** 14
 - Haftung bei Pflegevorsorgezulage **128** 23
 - Meldepflichten **51** 3 ff.
 - private –, Datenschutz **Vor 93** 64 ff.
 - Risikoausgleich **111**
 - Rücktritts-/Kündigungsrecht, private Pflegeversicherung **110** 25 ff.
 - Wahl zur Durchführung der Privaten Pflegeversicherung **23** 25 ff.
- Versorgung**
 - Informationspflichten **115** 8
 - zulassungsfähige Einrichtungen **71** 2 ff.
- Versorgungsauftrag** **72** 24
- Versorgungsaufwand**
 - Pflegesatz **84** 20
- Versorgungsbezüge**
 - beitragspflichtige Einnahmen **57** 4

- Beitragstragung 58 4; 59 3
- Beitragszahlung/-schuldner 60 8 f.
- Meldepflicht 50 3

Versorgungskrankengeld s. Rehabilitanden

Versorgungsstrukturen

- Weiterentwicklung von – 45c 2; s. a. *Förderung von Versorgungsstrukturen*

Versorgungsverbot 115 21

Versorgungsvertrag 72 15 ff.

- Ablehnung, belastender Verwaltungsakt 73 6
- Abschluss 73 1 ff.
- Bestandschutz 73 7 ff.
- Feststellung 73 11 f.
- Fiktion 73 10
- Gegenstand und Inhalt 72 16 ff.
- Inhalt 69 7
- Kündigung s. a. *dort*; 73 3; 74 3 ff.
- Kündigung, Pflegemängel 115 14
- Kurzzeitpflege 88a 2 ff.
- Mängelbeseitigung 74 3 ff.
- öffentlich-rechtlicher Vertrag 72 16
- pflegetypische Zulagen 72 7c
- Rechtsfolgen 72 22 ff.
- Rechtsschutz 72 21; 73 4 ff.
 - Versorgungsvertrag 73 4 ff.
- Schriftformerfordernis 73 3
- Sonderzahlungen 72 7c
- Tarifrecht 72 7a f.
- übergeleitete Verträge 73 8
- und Vergütungsvereinbarung 69 7
- Versorgungsauftrag 72 24
- Vertragsanpassung 73 3a
- Vertragspartner 72 19 f.
- Zuschläge 72 7c

Vertrag mit einzelner Pflegekraft 77

- Ausschluss von Angehörigen 77 8
- Eignung der Pflegekraft 77 7
- Rechtsqualität 77 5
- Rechtsschutz 77 12
- Subsidiarität 77 3a
- umfassender Vertrag 77 9
- Verbot eines Beschäftigungsverhältnisses 77 10

Verträge über Pflegehilfsmittel 78 3

- Bundesebene 78 6
- Rechtsschutz 78 7

Verwaltungsverfahren Einl. 10

vollstationäre Pflege

- Begrenzung der Leistungshöhe 4 7; 43 14 ff.
- Entlastung
 - gestaffelte Beteiligung 43c 2 f.
- Erforderlichkeit 43 8
- Härteklause 43 1
- Höchstgrenzen 43 14 ff.
- in Einrichtungen der Behindertenhilfe 43a

- in nicht zugelassenen Pflegeeinrichtungen 43 7
- Investitionsaufwendungen 43 18 ff.
- Qualitätssicherung 113 2
- Umfang der Leistungen 43 9 ff.
- Unterbringung und Verpflegung s. *dort*
- vorübergehende Abwesenheit 43 22

Vorerkrankung in der Privaten Pflegeversicherung 110 9, 13

Vorrang

- der freigemeinnützigen und privaten Träger 11 6
- der häuslichen Pflege 3 2 ff.
- Pflegeleistungen, neues Begutachtungsinstrument 13 4 ff.
- Einrichtungsträger 11 6
- von Prävention und Reha 5 2

Vorruhestand

- Beitragszuschuss 61 9 f.

Vorsorgelücke

- Pflegekrankenversicherung *Vor* 126 1

Vorversicherungszeit 33 8 ff.

Wahlrecht des Pflegebedürftigen 2 4; 48 3; 77 5

Waisen

- Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers 59 12
- Beitragsfreiheit in der Sozialen Pflegeversicherung 56 7; 57 13

Wartezeit in der Privaten Pflegeversicherung 23 43; 110 13

Wegeunfall

- Pflegeperson 44 42

Wegfall der Ruhensregelung

- bei § 35 BVG 34 12

Wehr- und Zivildienst

- beitragspflichtige Einnahmen 57 14
- Familienversicherung 25 17
- Versicherungspflicht 20 14

Wehrdienst, freiwilliger

- beitragspflichtige Einnahmen 57 15
- Beitragstragung 59 14
- Beitragszuschlag für Kinderlose 55 9
- Fortbestehen der Mitgliedschaft 49 4
- Meldepflicht 50 3

Weiterversicherte

- Beginn und Ende der Mitgliedschaft 49 5
- Beiträge *Vor* 54 7
- beitragspflichtige Einnahmen 57 15, 33
- Beitragstragung 59 18a
- Zuständigkeit 48 7

Weiterversicherung Vor 20 4; 26

- bei Auslandsaufenthalt 26 6
- Beitriffsfristen 26 5
- nach Beendigung einer Familienversicherung 26 4

Sachverzeichnis

Wettbewerb

- und Förderung nach Bedarf 9 7
- und Wirtschaftlichkeitsprüfung 79 3

Wirtschaftlichkeitsgebot 4 8; 29

- und Selbstbestimmungsrecht 29 4

Wirtschaftlichkeitsprüfung 79 2 ff.

- Durchführung 79 4
- Ergebnis 79 6
- Kosten/Entgelte 116 3
- Mitwirkungspflicht der Pflegeeinrichtung 79 4
- Verfassungsmäßigkeit 79 3

Wohlfahrtsverbände

- Qualitätssicherung 113 7

Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBG) 11 7

Wohnformen

- Weiterentwicklung von ~ 38a 2 ff.; 45f

Wohngruppe

- Anschubfinanzierung 45e

Wohngruppenzuschlag 38a

- Altfälle, Übergangsregelung 144 2
- ambulante Wohngruppe 38a 5
- anbieterverantwortete Wohngruppe 38a 13
- Anspruchsvoraussetzungen 38a 5 ff.
- Ausschluss stationärer Wohnformen 38a 11 ff.
- bei teilstationärer Pflege 38a 14
- Familienverbund 38a 6
- fremdorganisierte Wohngruppe 38a 11
- Gesetzesänderung 144 7
- Präsenzkraft 38a 8 ff.

Wohnumfeld 40 4, 30 ff.

- Abgrenzung zu Hilfsmitteln 40 32
- Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen 78 10
- Ermessen der PK 40 32
- Höhe des Zuschusses 40 40
- Maßnahme 40 34
- Subsidiarität 40 39
- Zuständigkeit anderer Träger 40 39

Wunden, chronische

- Expertenstandards 113a 3a

Zahlungsweg s. Beiträge

Zeitaufwand 15 2

- Feststellung für soziale Sicherung der Pflegeperson 19 19; 44 27, 35 ff.
- für aktivierende Pflege 28 14

zeitliche Orientierung 14 13

Zeitsoldaten s. Soldaten auf Zeit

Zukunftsplanung

- Selbständigkeit 14 20

Zulagen

- pflegetypische 72 7c
- staatliche
- private Pflegevorsorge Vor 126 5 ff.

Zulageverfahren

- Ablehnung 128 18 ff.
- Antrag 128 3 ff.
- Antragsdatensatz 128 7 ff.
- Direktauszahlung 128 16 f.
- Zulagenummer 128 6, 14 ff.

Zulassung s. a. Versorgungsvertrag

- Auswirkungen der Zulassung 72 22 ff.
- Bedarfsunabhängigkeit 72 10
- Berechtigung zur Leistungserbringung 29 5
- Corona-Regelungen 72 9
- Hilfsmittelerbringung 40 7
- Leistungsfähigkeit/Wirtschaftlichkeit 72 6
- Qualitätssicherung 72 9
- Tariftreue/-orientierung 72 7c
- Trägervorrang 72 11
- Voraussetzungen 72 4 ff.

Zuordnungsprobleme KV/PV Einl. 17

Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung

- mit Pflegezulage nach § 35 BVG 34 14
- mit Pflegezulage nach § 35 BVG und Beihilfeleistungen 34 12 ff.
- und häuslicher Krankenpflege 13 8; 34 17
- und Pflegeleistungen aus anderen Systemen 13

Zusatzleistungen

- Abgrenzung durch Rahmenvertrag 88 5
- bei stationärer Unterbringung 43 19; 43b; 88 3
- formale Voraussetzungen 88 6
- pflegerisch-betreuende Leistungen 88 4
- Unterkunft und Verpflegung 88 2 f.

Zusätzliche Betreuungsleistungen 45a 3

Zuschläge auf den Beitrag s. Beitragszuschlag

Zuschuss

- bei vollstationärer Pflege 28a 15 f.
- zu laufenden Aufwendungen 82 22

Zuständigkeit

- der PK 48
- für Pflegeinfrastruktur 8 2 f.

Zuzahlung

- bei Pflegehilfsmitteln 40 19 ff.

Zuzahlungsbetrag Einl. 31