



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

# Pflegeversicherungsgesetz **Textausgabe**



## **Vorwort**

Die Pflegeversicherung hat sich in den sieben Jahren ihres Bestehens insgesamt als ein wichtiger Baustein bei der Absicherung sozialer Risiken erwiesen, der bereits vielen Menschen geholfen hat und auch künftig helfen wird. Derzeit erhalten jeden Monat rd. 1,34 Millionen Pflegebedürftige Leistungen der Pflegeversicherung bei der Pflege zu Hause und rd. 610.000 in vollstationären Einrichtungen.

Trotz dieser beeindruckenden Zahlen gilt es, die Pflegeversicherung unter Berücksichtigung der vorgegebenen Rahmenbedingungen weiterzuentwickeln und Schwachstellen zu beseitigen, um sie besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen auszurichten.

Bereits unmittelbar nach der Regierungsübernahme im Oktober 1998 hat die rot-grüne Bundesregierung deshalb gehandelt und zunächst mit dem 4. SGB XI-Änderungsgesetz sofortige Leistungsverbesserungen im Bereich der ambulanten und teilstationären Pflege sowie in der Kurzzeitpflege zum 1. August 1999 herbeigeführt. Durch diese Maßnahmen stehen den Pflegebedürftigen jährlich für rd. 133 Mio. Euro (rd. 260 Mio. DM) zusätzliche Hilfen zur Bewältigung ihrer persönlichen Pflege- und Betreuungssituation zur Verfügung.

Mit dem am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege sind zentrale Anliegen zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen aufgegriffen worden. Wesentliches Ziel der Regelungen ist die Sicherung und die Weiterentwicklung der Qualität der Pflege.

Dabei geht das Gesetz davon aus, dass Qualität nicht von außen in die Pflegeeinrichtungen ‚hineingeprüft‘ werden kann, sondern von innen heraus – aus der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und aus der Mitverantwortung der Leistungsträger – entwickelt werden muss. Den Partnern der Pflegeselbstverwaltung werden Vertragsinstrumente an die Hand gegeben, mit denen sie ihre gemeinsame Verantwortung für die Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen wirksamer als bisher nachkommen können. Zudem werden die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen vor allem durch verstärkte Beratung und Information in die Lage

versetzt, ihre Rechte wirksam wahrzunehmen. Im stationären Bereich wird die Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und der staatlichen Heimaufsicht verbessert.

Zum 1. Januar 2002 ist auch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in Kraft getreten, das eine Reihe von Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf vorsieht. Neben einem zusätzlichen Betreuungsbetrag für diese Pflegebedürftigen in Höhe von 460 Euro jährlich werden Beratungsangebote für die Betroffenen und ihre Angehörigen erweitert und qualifiziert, vor allem die Beratungsangebote im häuslichen Bereich. Innovativ und zukunftsweisend ist die vorgesehene finanzielle Förderung des Auf- und Ausbaus von sog. niedrighschwelligen Betreuungsangeboten sowie die Förderung von Modellprojekten zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -konzepte, insbesondere für demenzkranke Menschen. Dafür werden Mittel der Pflegeversicherung in Höhe von insgesamt 15 Mio. Euro jährlich zur Verfügung gestellt, ergänzend zu einer Förderung durch Land oder Kommunen von bis zu 10 Mio. Euro jährlich. Es sollen auf diese Weise Weichen gestellt werden zur Schaffung eines Netzes von abgestuften, bedürfnisorientierten und gemeindenahen Hilfen und Versorgungsangeboten. Dies kommt unmittelbar auch den Angehörigen zugute, die eine zusätzliche Unterstützung bei der Bewältigung der besonders schwierigen Pflege- und Betreuungssituation dieser hilfebedürftigen Menschen erfahren.

Diese Broschüre beinhaltet eine aktuelle Zusammenstellung der wesentlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsrechts (Stand: 01.01.2002), in der alle zuvor genannten Verbesserungen im Recht der Pflegeversicherung berücksichtigt sind.



Ulla Schmidt  
Bundesministerin für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

## **Inhaltsverzeichnis**

- I. Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)
- II. Auszug aus den Artikeln 2 bis 68 des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 26. Mai 1996
- III. Artikel 3 bis 5 des Gesetzes zum Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung
- IV. Artikel 3 bis 7 des Ersten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze
- V. Richtlinien

## **I. Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)**

## **Inhaltsübersicht**

### **Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung**

#### **Erstes Kapitel Allgemeine Vorschriften**

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

#### **Zweites Kapitel Leistungsberechtigter Personenkreis**

- § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit
- § 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit
- § 16 Verordnungsermächtigung
- § 17 Richtlinien der Pflegekassen
- § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- § 19 Begriff der Pflegepersonen

#### **Drittes Kapitel Versicherungspflichtiger Personenkreis**

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

- § 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen
- § 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

### **Zweiter Abschnitt Gemeinsame Vorschriften**

- § 29 Wirtschaftlichkeitsgebot
- § 30 Dynamisierung
- § 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege
- § 32 Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- § 33 Leistungsvoraussetzungen
- § 34 Ruhen der Leistungsansprüche
- § 35 Erlöschen der Leistungsansprüche

### **Dritter Abschnitt Leistungen**

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

- § 36 Pflegesachleistung
- § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- § 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

- § 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- § 40 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

**Zweiter Titel**  
**Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege**

- § 41 Tagespflege und Nachtpflege
- § 42 Kurzzeitpflege

**Dritter Titel**  
**Vollstationäre Pflege**

- § 43 Inhalt der Leistung

**Vierter Titel**  
**Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

- § 43a Inhalt der Leistung

**Fünfter Titel**  
**Finanzierung der**  
**medizinischen Behandlungspflege**

- § 43b Finanzierungszuständigkeit

**Vierter Abschnitt**  
**Leistungen für Pflegepersonen**

- § 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

**Fünfter Abschnitt**  
**Leistungen für Pflegebedürftige**  
**mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**

- § 45a Berechtigter Personenkreis
- § 45b Zusätzliche Betreuungsleistungen
- § 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

## **Fünftes Kapitel Organisation**

### **Erster Abschnitt Träger der Pflegeversicherung**

- § 46 Pflegekassen
- § 47 Satzung

### **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 Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste

## **Sechstes Kapitel Finanzierung**

### **Erster Abschnitt Beiträge**

- § 54 Grundsatz
- § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

- § 56 Beitragsfreiheit
- § 57 Beitragspflichtige Einnahmen
- § 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten
- § 59 Beitragstragung bei anderen Mitgliedern
- § 60 Beitragszahlung

### **Zweiter Abschnitt Beitragszuschüsse**

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

### **Dritter Abschnitt Verwendung und Verwaltung der Mittel**

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

### **Vierter Abschnitt Ausgleichsfonds, Finanzausgleich**

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

## **Siebtes 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 und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung
- § 76 Schiedsstelle

**Dritter Abschnitt**  
**Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern**

- § 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen
- § 78 Verträge über Pflegehilfsmittel

**Vierter Abschnitt**  
**Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung**

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

**Achtes Kapitel**  
**Pflegevergütung**

**Erster Abschnitt**  
**Allgemeine Vorschriften**

- § 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen
- § 82a Ausbildungsvergütung
- § 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
- § 88 Zusatzleistungen

**Dritter Abschnitt**  
**Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen**

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

**Vierter Abschnitt**  
**Kostenerstattung, Landespflegeausschüsse, Pflegeheimvergleich**

- § 91 Kostenerstattung
- § 92 Landespflegeausschüsse
- § 92a Pflegeheimvergleich

**Neuntes Kapitel**  
**Datenschutz und Statistik**

**Erster Abschnitt**  
**Informationsgrundlagen**

**Erster Titel**  
**Grundsätze der Datenverwendung**

- § 93 Anzuwendende Vorschriften
- § 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen
- § 95 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen
- § 96 Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten
- § 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst
- § 97a Qualitätssicherung durch Sachverständige und Prüfstellen

- § 97b Personenbezogene Daten bei den Heimaufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe
- § 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**

- § 104 Pflichten der Leistungserbringer
- § 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen
- § 106 Abweichende Vereinbarungen
- § 106a Mitteilungspflichten

**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
- § 111 Risikoausgleich

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

- § 112 Grundsätze
- § 113 Leistungs- und Qualitätsnachweise
- § 114 Örtliche Prüfung
- § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen
- § 116 Kostenregelung
- § 117 Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht
- § 118 Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen
- § 119 Heimverträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Heimgesetzes
- § 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

**Zwölftes Kapitel**  
**Bußgeldvorschrift**

- § 121 Bußgeldvorschrift
- § 122 Übergangsregelung

## **Erstes Kapitel Allgemeine Vorschriften**

### **§ 1 Soziale Pflegeversicherung**

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

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

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

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

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

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

### **§ 2 Selbstbestimmung**

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

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

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

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

### **§ 3**

#### **Vorrang der häuslichen Pflege**

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

### **§ 4**

#### **Art und Umfang der Leistungen**

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

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

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

### **§ 5**

#### **Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation**

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

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

## **§ 6 Eigenverantwortung**

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

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

## **§ 7 Aufklärung, Beratung**

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

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

(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung seines Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren

Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Die Leistungs- und Preisvergleichsliste hat zumindest die für die Pflegeeinrichtung jeweils geltenden Festlegungen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a sowie der Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu enthalten. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen.

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

## **§ 8**

### **Gemeinsame Verantwortung**

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

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

(3) Die Spitzenverbände der Pflegekassen können einheitlich und gemeinsam aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 abgewichen werden. Mehrbelastungen der Pflegeversicherung, die dadurch entstehen, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, durch Einbeziehung in ein Modellvorhaben höhere Leistungen als das Pflege-

geld erhalten, sind in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einzubeziehen. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen vereinbaren einheitlich und gemeinsam Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben; § 213 Abs. 2 des Fünften Buches gilt entsprechend. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln die Spitzenverbände und das Bundesversicherungsamt durch Vereinbarung. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. § 45c Abs. 4 Satz 6 gilt entsprechend.

### **§ 9 Aufgaben der Länder**

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

### **§ 10 Aufgaben des Bundes**

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

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

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

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

## **§ 11**

### **Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen**

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

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

(3) Die Bestimmungen des Heimgesetzes bleiben unberührt.

## **§ 12**

### **Aufgaben der Pflegekassen**

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

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

## § 13

### **Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen**

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

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

vor.

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

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

1. nach dem Bundessozialhilfegesetz,
2. nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz,
3. nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,

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

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

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

(5) Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend bei Vertragsleistungen aus privaten Pflegeversicherungen, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

gleichwertig sind. Rechtsvorschriften, die weitergehende oder ergänzende Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung von der Einkommensermittlung ausschließen, bleiben unberührt.

- (6) Wird Pflegegeld nach § 37 oder eine vergleichbare Geldleistung an eine Pflegeperson (§19) weitergeleitet, bleibt dies bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und Unterhaltsverpflichtungen der Pflegeperson unberücksichtigt. Dies gilt nicht
1. in den Fällen des § 1361 Abs. 3, der §§ 1579, 1603 Abs. 2 und des § 1611 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
  2. für Unterhaltsansprüche der Pflegeperson, wenn von dieser erwartet werden kann, ihren Unterhaltsbedarf ganz oder teilweise durch eigene Einkünfte zu decken, und der Pflegebedürftige mit dem Unterhaltspflichtigen nicht in gerader Linie verwandt ist.

## **Zweites Kapitel Leistungsberechtigter Personenkreis**

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

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

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

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

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

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

## **§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit**

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

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

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

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

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

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

## **§ 16**

### **Verordnungsermächtigung**

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

## **§ 17**

### **Richtlinien der Pflegekassen**

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der privaten ambulanten Dienste zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3.

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

## **§ 18**

### **Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

(1) Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang

Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.

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

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

(4) Der Medizinische Dienst soll, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

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

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

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

## **§ 19** **Begriff der Pflegepersonen**

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

## **Drittes Kapitel** **Versicherungspflichtiger Personenkreis**

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

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

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen,
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 Künstler-sozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für Behinderte oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit 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); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

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

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

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

(4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbstän-

dige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies 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, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
  2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
  3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
  4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
  5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
  6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind,
- wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

## **§ 22**

### **Befreiung von der Versicherungspflicht**

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

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

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

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

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

(3) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind. Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, dass ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 14 Abs. 1 und 5 der Beihilfевorschriften des Bundes 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.

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

- (6) Das private Krankenversicherungsunternehmen oder ein anderes die Pflegeversicherung betreibendes Versicherungsunternehmen sind verpflichtet,
1. für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen und
  2. die in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegte Versicherungszeit des Mitglieds und seiner nach § 25 familienversicherten Angehörigen oder Lebenspartner auf die Wartezeit anzurechnen.

## **§ 24**

### **Versicherungspflicht der Abgeordneten**

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

## **§ 25**

### **Familienversicherung**

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern, 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, mindestens jedoch 325 Euro, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt.

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

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres

leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

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

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder 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 Beitragsbemessungsgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

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

## **§ 26**

### **Weiterversicherung**

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

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

angehörige oder Lebenspartner, die im Inland verbleiben, endet die Familienversicherung nach § 25 mit dem Tag, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegt.

### **§ 26a** **Beitrittsrecht**

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

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

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der

Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitritts-erklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

## **§ 27**

### **Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages**

Personen, die nach den §§ 20 oder 21 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige oder Lebenspartner, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 eintritt. § 5 Abs. 10 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),
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45).

(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 medizinischpflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.

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

## **Zweiter Abschnitt Gemeinsame Vorschriften**

### **§ 29 Wirtschaftlichkeitsgebot**

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

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

### **§ 30 Dynamisierung**

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

### **§ 31**

#### **Vorrang der Rehabilitation vor Pflege**

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

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

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

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

### **§ 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.

### **§ 33**

#### **Leistungsvoraussetzungen**

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

(2) Anspruch auf Leistungen besteht:

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

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

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

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

## **§ 34**

### **Ruhen der Leistungsansprüche**

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

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

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

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

### **§ 35**

#### **Erlöschen der Leistungsansprüche**

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

### **Dritter Abschnitt Leistungen**

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

### **§ 36**

#### **Pflegesachleistung**

(1) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden.

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

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

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 384 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 921 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.432 Euro.

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als drei vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden.

### **§ 37**

#### **Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen**

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

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

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

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

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

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht

angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.

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

(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.

(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

### **§ 38**

#### **Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)**

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im

Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

### **§ 39**

#### **Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall 1 432 Euro im Kalenderjahr nicht überschreiten. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten. Zusätzlich können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

### **§ 40**

#### **Pflegehilfsmittel und technische Hilfen**

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

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

(3) Die Pflegekassen sollen technische Hilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, dass die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr voll-

endet haben, haben zu den Kosten der Hilfsmittel mit Ausnahme der Hilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Hilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung der §§ 61, 62 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Hilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und mit Zustimmung des Bundesrates die im Rahmen der Pflegeversicherung zu gewährenden Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zu bestimmen.

## **Zweiter Titel** **Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege**

### **§ 41** **Tagespflege und Nachtpflege**

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

(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004 die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I im Wert bis zu 384 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II im Wert bis zu 921 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III im Wert bis zu 1.432 Euro  
je Kalendermonat.

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

## **§ 42 Kurzzeitpflege**

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

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

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.432 Euro im Kalenderjahr.

## **Dritter Titel Vollstationäre Pflege**

### **§ 43 Inhalt der Leistung**

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

(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungs-

pflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.432 Euro monatlich; dabei dürfen die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten stationär Pflegebedürftigen im Durchschnitt 15.339 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. Januar und 1. Juli zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist.

(3) Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über die Beträge nach Absatz 2 Satz 1 hinaus in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.688 Euro monatlich übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als fünf vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden.

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

(5) In der Zeit vom 1. Januar 1998 bis 31. Dezember 2004 übernimmt die Pflegekasse abweichend von Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro monatlich,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro monatlich,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432 Euro monatlich,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1.688 Euro monatlich;

insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen. Die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege dürfen ohne Berücksichtigung der Härtefälle im Durchschnitt 15.339 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Höhere Aufwendungen einer einzelnen Pflegekasse sind nur zulässig, wenn innerhalb der Kassenart der die Pflegekasse angehört, ein Verfahren festgelegt ist, das die Einhaltung der Durchschnittsvorgabe von 15.339 Euro je Pflegebedürftigen innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sicherstellt.

**Vierter Titel**  
**Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

**§ 43a**  
**Inhalt der Leistung**

Für Pflegebedürftige 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 § 93 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 256 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

**Fünfter Titel**  
**Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege**

**§ 43b**  
**Finanzierungszuständigkeit**

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

**Vierter Abschnitt**  
**Leistungen für Pflegepersonen**

**§ 44**  
**Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in

§ 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Näheres regeln die §§ 3, 141, 166 und 170 des Sechsten Buches. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist. Der Pflegebedürftige oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in diesem zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Dies gilt insbesondere, wenn Pflegesachleistungen (§ 36) in Anspruch genommen werden. Während der pflegerischen Tätigkeit sind die Pflegepersonen nach Maßgabe der §§ 2,4,105,106,129,185 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Pflegepersonen, die nach der Pflegetätigkeit ins Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung Unterhaltsgeld nach Maßgabe der §§ 20,78 und 153 des Dritten Buches erhalten.

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

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

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

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

## **§ 45**

### **Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

- (1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.
- (2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.
- (3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können die Landesverbände der Pflegekassen und die Verbände der Ersatzkassen, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung auf Landesebene wahrnehmen, Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.

## **Fünfter Abschnitt**

### **Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**

## **§ 45a**

### **Berechtigter Personenkreis**

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

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

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

#### **§ 45b** **Zusätzliche Betreuungsleistungen**

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

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

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

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

#### **§ 45c**

#### **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

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

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe

gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 20 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

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

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

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

(6) Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und

Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

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

## **Fünftes Kapitel Organisation**

### **Erster Abschnitt Träger der Pflegeversicherung**

#### **§ 46 Pflegekassen**

(1) Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder Krankenkasse (§ 4 Abs. 2 des Fünften Buches) wird eine Pflegekasse errichtet. Bei der Seekasse wird die Pflegeversicherung in einer besonderen Abteilung unter dem Namen See-Pflegekasse durchgeführt. Über die Einnahmen und Ausgaben der See-Pflegekasse ist eine gesonderte Rechnung zu führen. Ihre Mittel sind getrennt zu verwalten. Die Bundesknappschaft führt die Pflegeversicherung für die knappschaftlich Versicherten durch.

(2) Die Pflegekassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Organe der Pflegekassen sind die Organe der Krankenkassen,

bei denen sie errichtet sind. Arbeitgeber (Dienstherr) der für die Pflegekasse tätigen Beschäftigten ist die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist. Bei der Ausführung dieses Buches ist das Erste Kapitel des Zehnten Buches anzuwenden.

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

(4) Das Bundesministerium für 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 172 des Fünften Buches für die bei ihr errichtete Pflegekasse entsprechend.

(6) Die Aufsicht über die Pflegekassen führen die für die Aufsicht über die Krankenkassen zuständigen Stellen. Das Bundesversicherungsamt und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der ihrer Aufsicht unterstehenden Pflegekassen zu prüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Prüfung der bundesunmittelbaren Pflegekassen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Pflegekassen auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist. Die Prüfung hat sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken; sie umfasst die Prüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Pflegekassen haben auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Prüfung erforderlich sind. § 274 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gilt 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. Fälligkeit und Zahlung der Beiträge,
  4. Rechte und Pflichten der Organe,
  5. Art der Beschlussfassung der Vertreterversammlung,
  6. Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung wahrnehmen,
  7. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung,
  8. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle und
  9. Art der Bekanntmachungen.
- (2) Die Satzung und ihre Änderungen bedürfen der Genehmigung der Behörde, die für die Genehmigung der Satzung der Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist, zuständig ist.

## **Zweiter Abschnitt Zuständigkeit, Mitgliedschaft**

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

- (1) Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Pflichtmitgliedschaft oder freiwillige Mitgliedschaft besteht. Für Familienversicherte nach § 25 ist die Pflegekasse des Mitglieds zuständig.
- (2) Für Personen, die nach § 21 Nr. 1 bis 5 versichert sind, ist die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, die mit der Leistungserbringung im Krankheitsfalle beauftragt ist. Ist keine Krankenkasse mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt, kann der Versicherte die Pflegekasse nach Maßgabe des Absatzes 3 wählen.
- (3) Personen, die nach § 21 Nr. 6 versichert sind, können die Mitgliedschaft wählen bei der Pflegekasse, die bei
1. der Krankenkasse errichtet ist, der sie angehören würden, wenn sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wären,

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

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

### **§ 49 Mitgliedschaft**

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

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

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

### **Dritter Abschnitt Meldungen**

#### **§ 50 Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung**

(1) Alle nach § 20 versicherungspflichtigen Mitglieder haben sich selbst unverzüg-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Vierter Abschnitt**

### **Wahrnehmung der Verbandsaufgaben**

## **§ 52**

### **Aufgaben auf Landesebene**

(1) Die Landesverbände der Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen, die Bundesknappschaft, die nach § 36 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte als Landesverband tätigen landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen nehmen

die Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen wahr. § 212 Abs. 5 Satz 4 des Fünften Buches gilt entsprechend.

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

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

### **§ 53**

#### **Aufgaben auf Bundesebene**

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

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

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

### **§ 53a**

#### **Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste**

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

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

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

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

#### **§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze**

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

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

#### **§ 56 Beitragsfreiheit**

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

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

1. den hinterbliebenen Ehegatten eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, wenn Hinterbliebenenrente beantragt wird,

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

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

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

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

## **§ 57**

### **Beitragspflichtige Einnahmen**

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 und 228 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie §§ 23a und 23b Abs. 2 bis 4 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass bei Personen, die Arbeitslosenhilfe beziehen, als beitragspflichtige Einnahmen die gezahlte Arbeitslosenhilfe gilt.

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

(3) Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen wird auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, ein Zuschlag erhoben. Die Höhe des Zuschlages ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes

nach § 55 Abs. 1 zu dem nach § 245 des Fünften Buches festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die Höhe des Zuschlages zum 1. Januar jeden Jahres fest. Er gilt für das folgende Kalenderjahr. Für die Beitragsbemessung der Altenteiler gilt § 45 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

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

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

## **§ 58**

### **Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten**

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

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

(3) Die in Absatz 1 genannten Beschäftigten tragen die Beiträge in Höhe von 1 vom

Hundert allein, wenn der Beschäftigungsort in einem Land liegt, in dem die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage nicht um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist. In Fällen des § 55 Abs. 1 Satz 2 werden die Beiträge in Höhe von 0,5 vom Hundert allein getragen. Im Übrigen findet Absatz 1 Anwendung.

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

(5) § 249 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

## **§ 59**

### **Beitragstragung bei anderen Mitgliedern**

(1) Für die nach § 20 Abs. 1 Nr. 2 bis 11 versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Tragung der Beiträge die §§ 249a, 250 Abs. 1 und § 251 des Fünften Buches sowie § 48 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend. Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 versichert sind, und bei Beziehern von Produktionsaufgabenerente oder Ausgleichsgeld, die nach § 14 Abs. 4 des Gesetzes zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit versichert sind, werden die Beiträge aus diesen Leistungen von den Beziehern der Leistung und der Alterskasse je zur Hälfte getragen; der von der Alterskasse getragene Beitragsanteil gilt als Leistungsaufwendung.

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

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

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

Abweichend von Satz 1 werden

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

## **§ 60 Beitragszahlung**

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

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

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

## **Zweiter Abschnitt Beitragszuschüsse**

### **§ 61 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte**

(1) Beschäftigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, erhalten unter den Voraussetzungen des § 58 von ihrem Arbeitgeber einen

Beitragszuschuss, der in der Höhe begrenzt ist, auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil nach § 58 zu zahlen wäre. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilmäßig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist zusätzlich zu dem Zuschuss nach Satz 1 die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 58 Abs. 1 Satz 2 als Beitrag zu tragen hätte.

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

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

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuss nach Absatz 1 oder 2 hatten, sowie für Bezieher von Leistungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes und Bezieher einer Übergangsvorsorge nach § 7 des Tarifvertrages über einen sozialverträglichen Personalabbau im Bereich des Bundesministeriums der Verteidigung vom 30. November 1991 bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Beitrags, den der

Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

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

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

1. die Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zu Gunsten 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 Mitgliedsstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuss erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet.

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

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

### **Dritter Abschnitt Verwendung und Verwaltung der Mittel**

#### **§ 62 Mittel der Pflegekasse**

Die Mittel der Pflegekasse umfassen die Betriebsmittel und die Rücklage.

#### **§ 63 Betriebsmittel**

- (1) Die Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden:
  1. für die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten,
  2. zur Auffüllung der Rücklage und zur Finanzierung des Ausgleichsfonds.
- (2) Die Betriebsmittel dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der in Absatz 1 Nr. 1 genannten Aufwendungen nicht übersteigen. Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Pflegekasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage zuzuordnen sind. Durchlaufende Gelder bleiben außer Betracht.
- (3) Die Betriebsmittel sind im erforderlichen Umfang bereitzuhalten und im Übrigen so anzulegen, dass sie für den in Absatz 1 bestimmten Zweck verfügbar sind.

#### **§ 64 Rücklage**

- (1) Die Pflegekasse hat zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden.
- (2) Die Rücklage beträgt 50 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).
- (3) Die Pflegekasse hat Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuzuführen, wenn Einnahme- und Ausgabeschwankungen innerhalb eines Haushaltsjahres nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können.
- (4) Übersteigt die Rücklage das Rücklagesoll, so ist der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln bis zu der in § 63 Abs. 2 genannten Höhe zuzuführen. Darüber hinaus verbleibende Überschüsse sind bis zum 15. des Monats an den Ausgleichsfonds nach § 65 zu überweisen.

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

#### **Vierter Abschnitt Ausgleichsfonds, Finanzausgleich**

##### **§ 65 Ausgleichsfonds**

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

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

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

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

##### **§ 66 Finanzausgleich**

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

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

##### **§ 67 Monatlicher Ausgleich**

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

1. die bis zum Ende des Vormonats gebuchten Ausgaben,

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

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

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

## **§ 68** **Jahresausgleich**

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

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

(3) Das Bundesministerium für 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**

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

#### **§ 70** **Beitragssatzstabilität**

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

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

### **Zweiter Abschnitt** **Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen**

#### **§ 71** **Pflegeeinrichtungen**

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

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

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

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

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

Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten.

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

## **§ 72**

### **Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag**

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der

Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

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

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

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

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

(4) Mit Abschluss des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen. Die 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) Gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(3) Mit Pflegeeinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1995 ambulante Pflege, teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege auf Grund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. Satz

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

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

#### **§ 74**

#### **Kündigung von Versorgungsverträgen**

(1) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt. Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen.

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

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

**§ 75**  
**Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die  
pflegerische Versorgung**

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

(2) Die Verträge regeln insbesondere:

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

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

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

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

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

Die Heimpersonalverordnung bleibt in allen Fällen unberührt.

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

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

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

## **§ 76 Schiedsstelle**

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land bilden gemeinsam für jedes Land eine Schiedsstelle.

Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Angelegenheiten.

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

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

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

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

### **Dritter Abschnitt** **Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern**

#### **§ 77** **Häusliche Pflege durch Einzelpersonen**

(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse einen Vertrag mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit und solange eine Versorgung nicht durch einen zu-

gelassenen Pflegedienst gewährleistet werden kann; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 3 und 4 gelten nicht, wenn

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

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

## **§ 78**

### **Verträge über Pflegehilfsmittel**

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

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

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

Die Verbände der betroffenen Leistungserbringer sowie die Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen sind vor Erstellung und Fortschreibung

des Pflegehilfsmittelverzeichnisses anzuhören. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekanntzugeben.

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

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

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 und die Festbeträge nach Absatz 3 durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen; § 40 Abs. 5 bleibt unberührt.

#### **Vierter Abschnitt** **Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung**

##### **§ 79** **Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

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

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

(3) Das Prüfungsergebnis ist, unabhängig von den sich daraus ergebenden Folgerungen für eine Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 74, in der

nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen.

## **§ 80**

### **Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität**

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

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

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

## **§ 80a**

### **Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit Pflegeheimen**

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

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

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

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

(3) Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ist in der Regel zusammen mit der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 abzuschließen; sie kann auf Verlangen einer Pflegesatzpartei auch zeitlich unabhängig von der Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen werden. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von 6 Wochen ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei über die Punkte, über die keine Einigung erzielt werden konnte. § 73 Abs. 2 sowie § 85 Abs. 3 Satz 2 bis 4 gelten entsprechend.

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

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

## **§ 81 Verfahrensregelungen**

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

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

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

## **Achtes Kapitel Pflegevergütung**

### **Erster Abschnitt Allgemeine Vorschriften**

#### **§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen**

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

1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie
2. bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.

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

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

1. Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung

notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,

2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

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

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

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

## **§ 82a** **Ausbildungsvergütung**

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

(2) Soweit eine nach diesem Gesetz zugelassene Pflegeeinrichtung nach Bundes- oder Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe berechtigt oder verpflichtet ist, ist die Ausbildungsvergütung der Personen, die auf Grund

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

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

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

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

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

(4) Die Höhe der Umlage nach Absatz 3 sowie ihre Berechnungsfaktoren sind von der dafür nach Landesrecht zuständigen Stelle den Landesverbänden der Pflegekassen rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mitzuteilen. Es genügt die Mitteilung an einen Landesverband; dieser leitet die Mitteilung unver-

zöglich an die übrigen Landesverbände und an die zuständigen Träger der Sozialhilfe weiter. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den nach Satz 1 Beteiligten über die ordnungsgemäße Bemessung und die Höhe des von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu zahlenden Anteils an der Umlage entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 unter Ausschluss des Rechtsweges. Die Entscheidung ist für alle Beteiligten nach Satz 1 sowie für die Parteien der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel verbindlich; § 85 Abs. 5 Satz 1 und 2, erster Halbsatz, sowie Abs. 6 gilt entsprechend.

### **§ 83**

#### **Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung**

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

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

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

## **Zweiter Abschnitt Vergütung der stationären Pflegeleistungen**

### **§ 84 Bemessungsgrundsätze**

- (1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung.
- (2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 zu Grunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.
- (3) Die Pflegesätze sind für alle Heimbewohner des Pflegeheimes nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen; eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig.
- (4) Mit den Pflegesätzen sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen) abgegolten. Für die allgemeinen Pflegeleistungen dürfen, soweit nichts anderes bestimmt ist, ausschließlich die nach § 85 oder § 86 vereinbarten oder nach § 85 Abs. 5 festgesetzten Pflegesätze berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zu ihrer Zahlung verpflichtet ist.

### **§ 85 Pflegesatzverfahren**

- (1) Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden zwischen dem Träger des Pflegeheimes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart.
- (2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Träger des einzelnen zugelassenen Pflegeheimes sowie
1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie
  2. der für den Sitz des Pflegeheimes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen. Die Pflegesatzvereinbarung ist für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen; § 86 Abs. 2 bleibt unberührt. Die Vereinigungen der Pflegeheime im Land, die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Land können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.

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

(4) Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Sie ist schriftlich abzuschließen. Soweit Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlussvollmacht vorzulegen.

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

(6) Pflegesatzvereinbarungen sowie Schiedsstellenentscheidungen nach Absatz 5 Satz 1 oder 2 treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft; sie sind für das Pflegeheim sowie für die in dem Heim versorgten Pflegebedürftigen und deren

Kostenträger unmittelbar verbindlich. Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig. Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter.

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

### **§ 86 Pflegesatzkommission**

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

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

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

### **§ 87 Unterkunft und Verpflegung**

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

## **§ 87a**

### **Berechnung und Zahlung des Heimentgelts**

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

(2) Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustands einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe zu beantragen. Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Sozialhilfeträger zuzuleiten. Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach der nächsthöheren Pflegeklasse berechnen. Werden die Voraussetzungen für eine höhere Pflegestufe vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat das Pflegeheim dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab dem in Satz 3 genannten Zeitpunkt mit wenigstens fünf vom Hundert zu verzinsen.

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

## **§ 88**

### **Zusatzleistungen**

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

1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie

## 2. zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen

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

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

### **Dritter Abschnitt Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen**

#### **§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung**

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

- (2) Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind der Träger des Pflegedienstes sowie
1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie
  2. der für den Sitz des Pflegedienstes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen.

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

## **§ 90**

### **Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen**

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

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

## **Vierter Abschnitt**

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

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

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

## **§ 92**

### **Landespflegeausschüsse**

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

(2) Der Landespflegeausschuss besteht insbesondere aus Vertretern der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen einschließlich eines Vertreters des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Dem Ausschuss gehören auch je ein Vertreter der Träger der überörtlichen Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und der kommunalen Spitzenverbände im Land an. Die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter werden unter Beachtung des Grundsatzes der Trägervielfalt von den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land, die Vertreter der Pflegekassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellt. Die Beteiligten wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden. § 76 Abs. 2 Satz 6 gilt entsprechend.

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

(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung

der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder des Landespflegeausschusses, die Berufung weiterer Mitglieder über die in Absatz 2 genannten Organisationen hinaus, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.

### **§ 92a Pflegeheimvergleich**

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

1. die Vertragsparteien nach § 80a Abs. 1 bei der Ermittlung von Vergleichsmaßstäben für den Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen,
2. die unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen im Verfahren zur Erteilung der Leistungs- und Qualitätsnachweise nach § 113,
3. die Landesverbände der Pflegekassen bei der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen (§ 79, Elftes Kapitel),
4. die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 bei der Bemessung der Vergütungen und Entgelte sowie
5. die Pflegekassen bei der Erstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten (§ 7 Abs. 3)

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

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

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

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

1. die Versorgungsstrukturen einschließlich der personellen und sächlichen Ausstattung,
  2. die Leistungen, Pflegesätze und sonstigen Entgelte der Pflegeheime
- und auf die Daten aus den Vereinbarungen über Zusatzleistungen zurückzugreifen. Soweit dies für die Zwecke des Pflegeheimvergleichs erforderlich ist, haben die

Pflegeheime der mit der Durchführung des Pflegeheimvergleichs beauftragten Stelle auf Verlangen zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, insbesondere auch über die von ihnen gesondert berechneten Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4).

- (4) Durch die Verordnung nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass die Vergleichsdaten
1. den zuständigen Landesbehörden,
  2. den Vereinigungen der Pflegeheimträger im Land,
  3. den Landesverbänden der Pflegekassen,
  4. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung,
  5. dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Land sowie
  6. den nach Landesrecht zuständigen Trägern der Sozialhilfe

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

(5) Vor Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigung der Träger der Pflegeheime auf Bundesebene anzuhören. Im Rahmen der Anhörung können diese auch Vorschläge für eine Rechtsverordnung nach Absatz 1 oder für einzelne Regelungen einer solchen Rechtsverordnung vorlegen.

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

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

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

**Neuntes Kapitel  
Datenschutz und Statistik**

**Erster Abschnitt  
Informationsgrundlagen**

**Erster Titel  
Grundsätze der Datenverwendung**

**§ 93  
Anzuwendende Vorschriften**

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

**§ 94  
Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen**

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

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

(2) Die nach Absatz 1 erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten

dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet oder genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

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

## **§ 95**

### **Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen**

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

1. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung der Leistungserbringung (§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118),
2. den Abschluss und die Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a),
3. die Wahrnehmung der ihnen nach §§ 52 und 53 zugewiesenen Aufgaben erforderlich sind.

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

## **§ 96**

### **Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten**

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

(2) § 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) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18, 40, 80,

112 bis 115, 117 und 118 erforderlich ist. Die Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

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

(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. § 96 Abs. 2, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend. Der Medizinische Dienst darf in Dateien nur Angaben zur Person und Hinweise auf bei ihm vorhandene Akten aufnehmen.

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

#### **§ 97a**

##### **Qualitätssicherung durch Sachverständige und Prüfstellen**

(1) Von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige sowie unabhängige Sachverständige und Prüfstellen nach § 113 Abs. 2 sind berechtigt, für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung Daten nach den §§ 80, 112 bis 115, 117 und 118 zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen; sie dürfen die Daten an die Pflegekassen und deren Verbände sowie an die in den §§ 80, 112 bis 115, 117 und 118 genannten Stellen übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung dieser Stellen erforderlich ist.

Die Daten sind vertraulich zu behandeln.

(2) § 107 gilt entsprechend.

#### **§ 97b**

##### **Personenbezogene Daten bei den Heimaufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe**

Die zuständigen Heimaufsichtsbehörden und die zuständigen Träger der Sozialhilfe sind berechtigt, die für Zwecke der Pflegeversicherung nach den §§ 80, 112 bis 115, 117 und 118 erhobenen personenbezogenen Daten zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist; § 107 findet entsprechende Anwendung.

## **§ 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**

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

### **§ 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**

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

**§ 102**  
**Angaben über Leistungsvoraussetzungen**

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

**§ 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**

**§ 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, 80, 112 bis 115, 117 und 118),
  - 2a. im Falle des Abschlusses und der Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a),
  3. im Falle der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105)

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

(2) Soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 2 und 2a genannten Zwecke erforderlich ist, sind die Leistungserbringer berechtigt, die personenbezogenen Daten auch an die Medizinischen Dienste und die in den §§ 112 bis 115, 117 und 118 genannten Stellen zu übermitteln.

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

## **§ 105**

### **Abrechnung pflegerischer Leistungen**

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

1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen,
2. in den Abrechnungsunterlagen ihr Kennzeichen (§ 103) sowie die Versichertennummer des Pflegebedürftigen anzugeben,
3. bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 78 zu verwenden.

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

(2) Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenträgeraustausches werden von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegt.

## **§ 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**

Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet, bei Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 mit Einverständnis des Versicherten die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung den Pflegekassen zu übermitteln. Das Formular

nach § 37 Abs. 3 Satz 5 wird unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt.

### **Dritter Abschnitt Datenlöschung, Auskunftspflicht**

#### **§ 107 Löschen von Daten**

(1) Für das Löschen der für Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände gespeicherten personenbezogenen Daten gilt § 84 des Zehnten Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. die Daten nach § 102 spätestens nach Ablauf von zehn Jahren,
2. sonstige Daten aus der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105), aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79), aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§§ 80, 112 bis 115, 117 und 118) und aus dem Abschluss oder der Durchführung von Verträgen (§§ 72 bis 74, 80a, 85, 86 oder 89) spätestens nach zwei Jahren

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

Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten ist nicht zulässig. Die Pflegekassen können in ihren Satzungen das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln.

## **Vierter Abschnitt Statistik**

### **§ 109 Pflegestatistiken**

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

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

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

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

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

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

(3) Die nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 2 Auskunftspflichtigen teilen die von der jeweiligen Statistik umfassten Sachverhalte gleichzeitig den für die Planung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen zuständigen Landesbehörden mit. Die Befugnis der Länder, zusätzliche, von den Absätzen 1 und 2 nicht erfasste Erhebungen über Sachverhalte des Pflegewesens als Landesstatistik anzuordnen, bleibt unberührt.

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

(5) Die Statistiken nach den Absätzen 1 und 2 sind für die Bereiche der ambulanten Pflege und der Kurzzeitpflege erstmals im Jahr 1996 für das Jahr 1995 vorzulegen, für den Bereich der stationären Pflege im Jahr 1998 für das Jahr 1997.

## **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) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen.

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

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

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

nach § 26a kann unter den Voraussetzungen des § 49 Abs. 3 Satz 2 gekündigt werden.

## **§ 111 Risikoausgleich**

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

(2) Die Errichtung, die Ausgestaltung, die Änderung und die Durchführung des Ausgleichs unterliegen der Aufsicht des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen.

## **Elftes Kapitel Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen**

### **§ 112 Grundsätze**

(1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 80 sowie in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a.

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen; bei stationärer Pflege erstreckt sich

die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

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

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

### **§ 113** **Leistungs- und Qualitätsnachweise**

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

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

(3) Inhalt des Leistungs- und Qualitätsnachweises kann nur die Feststellung sein, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Prüfung wenigstens die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllt. Erfüllt die Einrichtung diese Anforderungen, hat ihr Träger Anspruch auf Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises gegenüber den nach Absatz 2 für die Prüfung verantwortlichen

Sachverständigen oder Prüfstellen. Diese haben den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Trägern der Sozialhilfe, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie, bei vollstationärer Pflege, auch der nach Landesrecht für die Durchführung des Heimgesetzes bestimmten Behörde (Heimaufsichtsbehörde) eine Kopie des Leistungs- und Qualitätsnachweises zuzuleiten.

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

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

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

#### **§ 114** **Örtliche Prüfung**

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

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

geschränkt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll die zuständige Heimaufsichtsbehörde an unangemeldeten Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.

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

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

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

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

## **§ 115**

### **Ergebnisse von Qualitätsprüfungen**

(1) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen haben das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Sozialhilfeträgern sowie bei stationärer Pflege zusätzlich den zuständigen Heimaufsichtsbehörden und bei häuslicher Pflege den zuständigen

Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. Das Gleiche gilt für die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, die durch sonstige Qualitätsprüfer nach diesem Buch durchgeführt werden. Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt und auf Anforderung verpflichtet, die ihnen nach Satz 1 oder 2 bekannt gewordenen Daten und Informationen mit Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung auch seiner Trägervereinigung zu übermitteln, soweit deren Kenntnis für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zu einem Bescheid nach Absatz 2 erforderlich ist. Gegenüber Dritten sind die Prüfer und die Empfänger der Daten zur Verschwiegenheit verpflichtet.

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

(3) Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) oder aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen. Über die Höhe des Kürzungsbetrags ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Einvernehmen anzustreben. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 76 in der Besetzung des Vorsitzenden und der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder. Gegen die Entscheidung nach Satz 3 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben; ein Vorverfahren findet nicht statt, die Klage hat aufschiebende Wirkung. Der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag ist von der Pflegeeinrichtung bis zur Höhe ihres Eigenanteils an die betroffenen Pflegebedürftigen und im Weiteren an die Pflegekassen zurückzuzahlen, soweit die Pflegevergütung als nachrangige Sachleistung von einem anderen Leistungsträger übernommen wurde, ist der Kürzungsbetrag an diesen zurückzuzahlen. Der Kürzungsbetrag kann nicht über die Vergütungen oder Entgelte nach dem Achten Kapitel refinanziert werden. Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Vorschriften bleiben unberührt; § 66 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(4) Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln,

welche die Pflege, Versorgung und Betreuung nahtlos übernimmt. Bei Sozialhilfeempfängern ist der zuständige Träger der Sozialhilfe zu beteiligen.

(5) Stellt der Medizinische Dienst schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Abs. 2 gilt entsprechend. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

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

## **§ 116 Kostenregelung**

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

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

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

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

1. für die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie
2. für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

zu regeln. In der Rechtsverordnung können auch Mindest- und Höchstsätze festgelegt werden; dabei ist den berechtigten Interessen der mit der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen beauftragten unabhängigen Sachverständigen

oder Prüfstellen (§ 113) und der Wirtschaftlichkeitsprüfer (§ 79) sowie der zur Zahlung der Entgelte verpflichteten Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.

## **§ 117**

### **Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht**

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung arbeiten mit den Heimaufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeheime eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch und nach dem Heimgesetz insbesondere durch

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

wirksam aufeinander abzustimmen. Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Abs. 5 des Heimgesetzes mitzuwirken.

(2) Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach diesem Buch kann durch eine Zusammenarbeit mit den Heimaufsichtsbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden.

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

(4) Erkenntnisse aus den Prüfungen von Pflegeheimen sind vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach diesem Buch durchführen, unverzüglich der zuständigen Heimaufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach dem Heimgesetz erforderlich sind. § 115 Abs. 1 Satz 1 und 2 bleibt hiervon unberührt.

(5) Die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht entstehenden Kosten. Eine Beteiligung an den Kosten der

Heimaufsichtsbehörde oder anderer von der Heimaufsichtsbehörde beteiligter Stellen oder Gremien ist unzulässig.

(6) Durch Anordnung der Heimaufsichtsbehörde bedingte Mehr- oder Minderkosten sind, soweit sie dem Grunde nach vergütungsfähig im Sinne des § 82 Abs. 1 sind, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen. Der Widerspruch oder die Klage einer Vertragspartei oder eines Beteiligten nach § 85 Abs. 2 gegen die Anordnung hat keine aufschiebende Wirkung.

### **§ 118** **Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von** **Pflegeeinrichtungen**

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Beratungs- und Prüfvorschriften zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege zu erlassen. Die Rechtsverordnung gilt für alle Personen und Stellen, die Qualitätsberatungen oder -prüfungen nach diesem Buch durchführen, sowie für alle Behörden, Leistungsträger und Einrichtungsträger oder deren Verbände, die an der Qualitätssicherung nach diesem Buch beteiligt sind.

(2) Die Rechtsverordnung regelt insbesondere:

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

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

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

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

## **§ 119**

### **Heimverträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Heimgesetzes**

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

## **§ 120**

### **Pflegevertrag bei häuslicher Pflege**

(1) Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen (Pflegevertrag). Bei jeder wesentlichen Veränderung des

Zustandes des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

(2) Der Pflegedienst hat dem Pflegebedürftigen und der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. Innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz kann der Pflegebedürftige den Pflegevertrag ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wird der Pflegevertrag erst nach dem ersten Pflegeeinsatz ausgehändigt, beginnt der Lauf der Frist nach Satz 2 erst mit der Aushändigung des Vertrages.

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

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

## **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.

(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 Nr. 2 ist das Bundesversicherungsamt die Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten.

## **§ 122** **Übergangsregelung**

§ 45b ist mit Ausnahme des Absatzes 2 Satz 3 erst ab 1. April 2002 anzuwenden; Absatz 2 Satz 3 ist ab 1. Januar 2003 anzuwenden.

**II. Auszug aus den Artikeln 2 bis 68 des Pflege-Versicherungsgesetzes  
vom 26. Mai 1996**

## **Inhaltsübersicht**

### **Erster Teil Ergänzung des Sozialgesetzbuches**

- Artikel 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) –  
Soziale Pflegeversicherung – siehe unter Punkt I. –

### **Zweiter Teil Änderung des Sozialgesetzbuches**

- Artikel 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch  
Artikel 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch  
Artikel 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch  
Artikel 5 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch

### **Dritter Teil Änderung weiterer Gesetze**

- Artikel 6 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung  
Artikel 7 Reichsversicherungsordnung  
Artikel 8 Arbeitsförderungsgesetz  
Artikel 9 Bundesversorgungsgesetz  
Artikel 10 Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten  
Artikel 11 Arbeitssicherstellungsgesetz  
Artikel 12 Künstlersozialversicherungsgesetz  
Artikel 13 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte  
Artikel 14 Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation  
Artikel 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz  
Artikel 18 Bundessozialhilfegesetz  
Artikel 19 Heimgesetz  
Artikel 20 Lastenausgleichsgesetz  
Artikel 21 Bundesbesoldungsgesetz  
Artikel 22 Regelung für Amtsverhältnisse  
Artikel 23 Abgeordnetengesetz und Europaabgeordnetengesetz

- Artikel 24 Flüchtlingshilfegesetz
- Artikel 26 Einkommensteuergesetz
- Artikel 27 Umsatzsteuergesetz
- Artikel 28 Bewertungsgesetz
- Artikel 29 Versicherungssteuergesetz
- Artikel 30 Bundeshaushaltsordnung
- Artikel 31 Bundesausbildungsförderungsgesetz
- Artikel 32 Wohngeldgesetz
- Artikel 33 Sozialgerichtsgesetz
- Artikel 34 Eignungsübungsgesetz
- Artikel 35 Unterhaltssicherungsgesetz

**Vierter Teil**  
**Überleitungsvorschriften zu den Artikeln 1 bis 35**

- Artikel 36 Beitragsüberwachungsverordnung
- Artikel 37 Beitragszahlungsverordnung
- Artikel 38 Verordnung über die Erstattung von Aufwendungen nach dem Gesetz zur Überführung von Ansprüchen und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets durch den Bund
- Artikel 40 Familienversicherung der Behinderten
- Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten
- Artikel 42 Behandlung der bestehenden privaten Pflegeversicherungsverträge
- Artikel 45 Bezieher von Pflegeleistungen nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 46 Aufbau der Verwaltung der Pflegekassen und Meldefristen
- Artikel 47 Beitragsfreiheit für Pflegebedürftige in stationärer Pflege
- Artikel 48 Übergangsregelungen für Rentenbezieher
- Artikel 49 Weitergeltung von Vergütungen und Pflegesätzen
- Artikel 49a Übergangsregelung für die vollstationäre Pflege
- Artikel 49b Begrenzung der Vergütung vollstationärer Pflegeeinrichtungen in den Jahren 1996 bis 1998
- Artikel 50 Übergangsregelung zum Bundessozialhilfegesetz, Bundesversorgungsgesetz und Lastenausgleichsgesetz
- Artikel 51 Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz
- Artikel 52 Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet
- Artikel 52a Durchführungsvorschrift zu Artikel 52

**Sechster Teil**  
**Überleitungsvorschriften zu Artikel 5 Nr. 5 und zu den Artikeln 53 bis 66**

Artikel 67 Überleitungsvorschriften

**Siebter Teil**  
**Schlußvorschriften**

Artikel 68 Inkrafttreten

**Zweiter Teil**  
**Änderung des Sozialgesetzbuches**

**Artikel 2**  
**Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Erste Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 99 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 2 Satz 1 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
2. In § 15 Abs. 1 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und der sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.
3. § 21 wird wie folgt geändert:
  - a) Die Nummer 3 wird gestrichen.
  - b) Die bisherigen Nummern 4 und 4a werden die Nummern 3 und 4.
4. Nach § 21 wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 21a**  
**Leistungen der sozialen Pflegeversicherung**

(1) Nach dem Recht der sozialen Pflegeversicherung können in Anspruch genommen werden:

1. Leistungen bei häuslicher Pflege:
  - a) Pflegesachleistung,
  - b) Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen,
  - c) häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson,
  - d) Pflegehilfsmittel und technische Hilfen,
2. teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege,
3. Leistungen für Pflegepersonen, insbesondere
  - a) soziale Sicherung und
  - b) Pflegekurse,
4. vollstationäre Pflege.

(2) Zuständig sind die bei den Krankenkassen errichteten Pflegekassen.“

5. In § 37 werden nach dem Wort „Neunten“ die Wörter „und Elften“ eingefügt.
6. In § 66 Abs. 2 werden nach dem Wort „Sozialleistung“ die Wörter „wegen Pflegebedürftigkeit,“ und nach dem Wort „deshalb“ die Wörter „die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung,“ eingefügt.

### **Artikel 3** **Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch § 7 Abs. 1 Buchstabe b des Gesetzes vom 26. April 1994 (BGBl. I S. 918), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 1 werden nach dem Wort „Landwirte“ die Wörter „sowie die soziale Pflegeversicherung“ eingefügt.
2. Dem § 18a Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:  
„Nicht als Erwerbseinkommen im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gilt das Arbeitsentgelt, das eine Pflegeperson von dem Pflegebedürftigen erhält, wenn das Entgelt das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt.“
3. In § 18b Abs. 5 Satz 2 wird die Angabe „§ 18a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 3“ durch die Angabe „§ 18a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 4“ ersetzt.
4. In § 19 Satz 1 werden nach dem Wort „Rentenversicherung“ die Wörter „sowie in der sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.
5. In § 23 Abs. 1 Satz 1 wird das Wort „Krankenkasse“ durch die Wörter „Kranken- und Pflegekasse“ ersetzt.
6. In § 28a Abs. 1 werden nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
7. In § 28d wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:  
„Satz 1 gilt auch für den Beitrag zur Pflegeversicherung für einen in der Krankenversicherung kraft Gesetzes versicherten Beschäftigten.“
8. § 28f wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
  - b) In Absatz 4 Satz 6 werden nach dem Wort Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.
9. In § 28h Abs. 2 Satz 1 werden nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
10. In § 28k Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.

11. In § 28n Nr. 3 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.
12. In § 28r Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.
13. In § 70 Abs. 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und die Träger der Pflegeversicherung“ eingefügt.
14. In § 71 Abs. 1 Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach den Wörtern „knappschaftlicher Rentenversicherung“ die Wörter „und knappschaftlicher Pflegeversicherung“ eingefügt.
15. In § 77 Abs. 2 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „knappschaftliche Pflegeversicherung“ eingefügt.

#### **Artikel 4** **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 101 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. § 11 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 werden in Nummer 4 das Komma durch einen Punkt ersetzt und die Nummer 5 gestrichen.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht.“
2. Dem § 37 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Leistungen nach den Sätzen 2 und 3 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig.“
3. Vor § 53 werden in der Überschrift des Sechsten Abschnittes die Wörter „Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit“ durch das Wort „(unbesetzt)“ ersetzt.
4. Die §§ 53 bis 57 werden gestrichen.

5. In § 73 Abs. 2 Nr. 8 werden die Wörter „und häuslicher Pflegehilfe“ gestrichen.
6. In § 92 Abs. 1 Nr. 6 wird das Komma hinter dem Wort „Hilfsmitteln“ durch das Wort „und“ ersetzt und die Wörter „und häuslicher Pflegehilfe“ gestrichen.
7. In § 106 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:  
„(3a) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 2 und nach § 275 Abs. 1 Nr. 3b, Abs. 1a und Abs. 1b, daß ein Arzt Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, obwohl die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen, kann der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat, und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.“
8. § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe b wird wie folgt gefaßt:  
„b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.“
9. In § 132 werden in der Überschrift und in Absatz 1 Satz 1 nach dem Wort „Krankenpflege“ das Komma sowie die Wörter „häuslicher Pflegehilfe, häuslicher Pflege“ gestrichen.
10. In § 260 Abs. 1 Nr. 1 werden das Komma durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „die Aufgaben der Krankenkassen als Pflegekassen sind keine gesetzlichen Aufgaben im Sinne dieser Vorschrift,“ angefügt.
11. § 275 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b wird wie folgt gefaßt:  
„b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit.“
  - b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:  
„(1a) Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen
    - a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder
    - b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.  
Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über

die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Arbeitgeber kann verlangen, daß die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

(1b) Der Medizinische Dienst überprüft bei Vertragsärzten, die nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 geprüft werden, stichprobenartig und zeitnah Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit. Die in § 106 Abs. 2 Satz 3 genannten Vertragspartner vereinbaren das Nähere.“

- c) Absatz 2 Nr. 2 erhält folgende Fassung:  
„2. (entfällt)“.

12. Dem § 276 werden nach Absatz 4 folgende Absätze angefügt:

„(5) Wenn sich im Rahmen der Überprüfung der Feststellungen von Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Abs. 1 Nr. 3b, Abs. 1a und Abs. 1b) aus den ärztlichen Unterlagen ergibt, daß der Versicherte auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage ist, einer Vorladung des Medizinischen Dienstes Folge zu leisten oder wenn der Versicherte einen Vorladungstermin unter Berufung auf seinen Gesundheitszustand absagt und der Untersuchung fernbleibt, soll die Untersuchung in der Wohnung des Versicherten stattfinden. Verweigert er hierzu seine Zustimmung, kann ihm die Leistung versagt werden. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt.

(6) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung ergeben sich zusätzlich zu den Bestimmungen dieses Buches aus den Vorschriften des Elften Buches.“

13. Dem § 281 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Pflegekassen tragen abweichend von Satz 3 die Hälfte der Umlage nach Satz 1.“

14. Dem § 282 wird folgender Satz angefügt:

„Die Richtlinien nach Satz 3 und die Empfehlungen nach Satz 4 bedürfen, soweit sie Angelegenheiten der sozialen Pflegeversicherung betreffen, der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung.“

## **Artikel 5** **Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 102 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) Nach „§ 106 Zuschuß zur Krankenversicherung“ wird eingefügt:  
„§ 106a Zuschuß zur Pflegeversicherung“.
  - b) Die Wörter „§ 177 Beitragszahlung von Pflegepersonen“ werden durch die Wörter „§ 177 (weggefallen)“ ersetzt.
  - c) Nach „§ 249a Beitragszeiten und Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung im Beitrittsgebiet“ wird eingefügt:  
„§ 249b Berücksichtigungszeiten wegen Pflege“.
  - d) Nach „§ 279d Beitragszahlung im Beitrittsgebiet“ wird eingefügt:  
„§ 279e Beitragszahlung von Pflegepersonen“.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird nach Nummer 1 folgende Nummer eingefügt:  
„1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat,“.
  - b) Nach Satz 1 wird eingefügt:  
„Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig.“
3. § 5 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:
- „(2) Versicherungsfrei sind Personen, die
- 1. eine geringfügige Beschäftigung (§ 8 Abs. 1 und 2 Viertes Buch),
  - 2. eine geringfügige selbständige Tätigkeit (§ 8 Abs. 3 Viertes Buch) oder
  - 3. eine geringfügige nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit
- ausüben, in dieser Beschäftigung, selbständigen Tätigkeit oder Pflegetätigkeit. Satz 1 Nr. 1 und 2 gilt nicht für Personen, die im Rahmen betrieblicher Berufsbildung, nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres, nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres oder nach § 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 beschäftigt sind oder von der Möglichkeit einer stufenweisen Wiederaufnahme einer nicht geringfügigen Tätigkeit (§ 74 Fünftes Buch) Gebrauch machen. Eine nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit ist geringfügig, wenn die Beitragsbemessungsgrundlage für die Pflegetätigkeit (§ 166 Abs. 2) ein Siebtel der Bezugsgröße nicht übersteigt; mehrere nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeiten sind zusammenzurechnen.“
4. § 24 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe a werden nach dem Wort „haben“ das Komma

- gestrichen und das Wort „oder“ eingefügt.
- b) In Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe b wird nach dem Wort „ausübt,“ das Wort „oder“ gestrichen.
  - c) Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe c wird wie folgt gefaßt:
    - „c) deren Ehegatte, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat,“.
5. § 25 Abs. 3 Nr. 2 wird gestrichen.
6. § 57 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird die Absatzbezeichnung „(1)“ gestrichen.
  - b) Absatz 2 wird aufgehoben.
7. In § 68 Abs. 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Rentner“ ein Komma und die Wörter „zur Pflegeversicherung“ eingefügt.
8. Nach § 106 wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 106a  
Zuschuß zur Pflegeversicherung**

- (1) Rentenbezieher, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert oder nach den Vorschriften des Elften Buches verpflichtet sind, bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit abzuschließen und aufrechterhalten, erhalten zu ihrer Rente einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Pflegeversicherung.
- (2) Der monatliche Zuschuß wird in Höhe des Beitrags geleistet, den der Träger der Rentenversicherung als Pflegeversicherungsbeitrag für Rentenbezieher zu tragen hat, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind. Beziehen Rentner mehrere Renten, wird ein begrenzter Zuschuß von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet. Er kann auch in einer Summe zu einer dieser Renten geleistet werden.“
9. In § 111 Abs. 2 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und die Pflegeversicherung“ eingefügt.
10. § 141 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 6 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.
  - b) Der Nummer 7 wird nach dem Wort „Versorgungsausgleichs“ das Wort „oder“ angefügt.
  - c) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer angefügt:

„8. einer nicht erwerbsmäßigen Pfl egetätigkeit“.

11. § 166 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines

  1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)
    - a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
    - b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
    - c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
  2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
    - a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
    - b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
  3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwertes der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pfl egetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pfl egetätigkeit insgesamt entspricht.“

12. In § 170 Abs. 1 wird in Nummer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

- „6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
- a) in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
  - b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
  - c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen und Leistungen eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe und dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.“

13. Nach § 176 wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 176a  
Beitragszahlung und Abrechnung bei Pflegepersonen**

Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen können die Spitzenverbände der Pflegekassen, der

Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger durch Vereinbarung regeln.“

14. § 177 wird aufgehoben.
15. Dem § 199 wird folgender Satz angefügt:  
„Die Sätze 1 und 2 sind für Zeiten einer nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege entsprechend anzuwenden.“
16. § 223 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:  
„(4) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für die von der Rentenversicherung zu tragenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung sowie für die Zuschüsse zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung.“
17. In § 231 Satz 2 werden die Wörter „Beschäftigung oder Tätigkeit“ durch die Wörter „Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit und bei Wehrdienstleistungen“ ersetzt.
18. Nach § 249a wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 249b  
Berücksichtigungszeiten wegen Pflege**

Berücksichtigungszeiten sind auf Antrag auch Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines Pflegebedürftigen in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995, solange die Pflegeperson

1. wegen der Pflege berechtigt war, Beiträge zu zahlen oder die Umwandlung von freiwilligen Beiträgen in Pflichtbeiträge zu beantragen, und
2. nicht zu den in § 56 Abs. 4 genannten Personen gehört, die von der Anrechnung einer Kindererziehungszeit ausgeschlossen sind.

Die Zeit der Pfllegetätigkeit wird von der Aufnahme der Pfllegetätigkeit an als Berücksichtigungszeit angerechnet, wenn der Antrag bis zum Ablauf von drei Kalendermonaten nach Aufnahme der Pfllegetätigkeit gestellt wird.“

19. § 254d Abs. 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Nummer 4 wird nach dem Wort „Aufenthalt“ ein Komma eingefügt.
  - b) Nach Nummer 4 wird eingefügt:  
„4a. Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege“.
20. Nach § 279d wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 279e  
Beitragszahlung von Pflegepersonen**

(1) Freiwillige Beiträge von Pflegepersonen für Zeiten der in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995 ausgeübten nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege im Inland gelten auf Antrag als Pflichtbeiträge, wenn

1. der Pflegebedürftige nicht nur vorübergehend so hilflos ist, daß er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang fremder Hilfe dauernd bedarf, und
2. für die Pflege regelmäßig wöchentlich mindestens zehn Stunden aufgewendet werden.

(2) Versicherte, die wegen der in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995 ausgeübten Pflege eine in ihrem zeitlichen Umfang eingeschränkte Beschäftigung ausüben, können auf Antrag für jeden Betrag zwischen dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt und dem Doppelten dieses Arbeitsentgelts, höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze, Pflichtbeiträge zahlen, wenn im übrigen die Voraussetzungen nach Absatz 1 vorliegen. Versicherte, die nachweisen, daß sie ohne ihre in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995 ausgeübte Pflege Tätigkeit ein Arbeitsentgelt erzielt hätten, das das Doppelte des tatsächlich erzielten Arbeitsentgelts übersteigt, können auf Antrag unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze Pflichtbeiträge bis zu diesem Betrag zahlen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn bei Bezug von Sozialleistungen Beiträge gezahlt werden.

(3) Eine Unterbrechung der Pflege Tätigkeit wegen eines Erholungsurlaubs, wegen einer Krankheit oder wegen einer anderweitigen Verhinderung von längstens einem Kalendermonat im Kalenderjahr steht der Anwendung der Absätze 1 oder 2 nicht entgegen.

(4) Wird der Antrag nach dem 31. März 1995 und nach Ablauf von drei Kalendermonaten nach Aufnahme der Pflege Tätigkeit gestellt, sind die Absätze 1 und 2 nicht mehr anzuwenden.“

21. In § 281b werden die Wörter „in der Rechtsverordnung über die Bestimmung des Durchschnittsentgelts zusätzlich“ durch die Wörter „durch Rechtsverordnung“ ersetzt.

22. § 289 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für die von der Rentenversicherung zu tragenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung sowie für die Zuschüsse zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung.“

## **Dritter Teil Änderung weiterer Gesetze**

### **Artikel 6 Änderung des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung**

In Artikel 23 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) werden nach dem Wort „höchstens“ die Wörter „um die Verwaltungskostenpauschale der Pflegekasse (§ 46 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) je Mitglied und“ eingefügt.

### **Artikel 7 Änderung der Reichsversicherungsordnung**

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 92 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. In § 539 Abs. 1 wird der Punkt am Ende der Nummer 18 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:
  - „19. Pflegepersonen im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei der Pflege eines Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Pflegepersonen nicht bereits zu den nach den Nummern 1, 5, 7 oder 13 Versicherten gehören; die versicherte Tätigkeit umfaßt Pflegetätigkeiten im Bereich der Körperpflege und – soweit diese Tätigkeiten überwiegend Pflegebedürftigen zugute kommen – Pflegetätigkeiten in den Bereichen der Ernährung, der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).“
2. In § 541 Abs. 1 Nr. 5 werden nach den Wörtern „unbeschadet des“ die Angabe „§ 539 Abs. 1 Nr. 19“ und das Wort „sowie“ eingefügt.
3. Dem § 637 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) § 636 gilt ferner bei Arbeitsunfällen von nach § 539 Abs. 1 Nr. 19 versicherten Pflegepersonen entsprechend für Ersatzansprüche einer Pflegeperson, deren Angehörigen und Hinterbliebenen gegen den Pflegebedürftigen wie auch für Ersatzansprüche von Pflegepersonen desselben Pflegebedürftigen untereinander.“

4. In § 657 Abs. 1 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:  
„10. in den Fällen des § 539 Abs. 1 Nr. 19.“
5. § 770 Satz 5 wird wie folgt gefaßt:  
„In den Fällen des § 657 Abs. 1 Nr. 7 bis 10 dürfen Beiträge von den Unternehmern nicht erhoben werden.“

### **Artikel 8** **Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes**

Das Arbeitsförderungsgesetz vom 25. Juni 1969 (BGBl. I S. 582), zuletzt geändert durch § 7 Abs. 1 Buchstabe k des Gesetzes vom 26. April 1994 (BGBl. I S. 918), wird wie folgt geändert:

1. In § 46 Abs. 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:  
„Die Betreuung einer pflegebedürftigen Person steht der Betreuung und Erziehung eines Kindes gleich.“
2. § 56 Abs. 2 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:  
„2. Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie zur sozialen Pflegeversicherung,“.
3. In § 138 Abs. 3 Nr. 1 werden nach dem Wort „Körperschaden“ die Wörter „oder Pflegebedürftigkeit“ eingefügt.
4. In § 141n Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „gesetzlichen Krankenversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung sowie“ durch die Wörter „gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie zur sozialen Pflegeversicherung und“ ersetzt.

### **Artikel 9** **Änderung des Bundesversorgungsgesetzes**

Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2353), wird wie folgt geändert:

1. § 10 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „verhüten,“ die Wörter „Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten,“ eingefügt.

- b) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „verhüten,“ die Wörter „Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten,“ eingefügt.
- 2. § 11 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „oder dem Eintritt“ durch die Wörter „, einer Pflegebedürftigkeit oder“ ersetzt.
  - b) In Absatz 4 werden die Wörter „und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit“ gestrichen.
- 3. In § 12 Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „oder dem Eintritt“ durch die Wörter „, einer Pflegebedürftigkeit oder“ ersetzt.
- 4. Dem § 25b Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:  
„Satz 2 findet auch Anwendung, wenn Hilfe zur Pflege nur deshalb nicht gewährt wird, weil entsprechende Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden.“
- 5. In § 25e Abs. 3 wird die Angabe „§ 26c Abs. 8“ durch die Angabe „§ 26c Abs. 11“ ersetzt.
- 6. In § 25f Abs. 2 Nr. 2 wird die Angabe „§ 26c Abs. 6 Satz 2“ durch die Angabe „§ 26c Abs. 8 Satz 3“ ersetzt.
- 7. § 26c wird wie folgt gefaßt:

### **„§ 26c**

(1) Beschädigten und Hinterbliebenen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren. Die Absätze 5 und 7 sind auch auf Kranke und Behinderte anzuwenden, die voraussichtlich weniger als sechs Monate der Hilfe bedürfen, einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 4 bedürfen. § 35 bleibt unberührt.

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

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

4. andere Krankheiten oder Behinderungen, infolge derer Personen pflegebedürftig im Sinne des Absatzes 1 sind.

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

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

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

(5) Dem Pflegebedürftigen sollen auch die Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, die zur Erleichterung seiner Beschwerden wirksam beitragen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.

(6) Die Verordnung nach § 16 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Verordnung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung der Pflegegelder nach Absatz 8 entsprechende Anwendung. Die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ist auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zugrunde zu legen, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind.

(7) Reicht im Falle des Absatzes 1 häusliche Pflege aus, soll der Träger der Kriegsopferfürsorge darauf hinwirken, daß die Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen werden. Das Nähere regeln die Absätze 8 bis 12.

(8) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche

Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (erheblich Pflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 400 Deutsche Mark monatlich. Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 800 Deutsche Mark monatlich. Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerstpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 1300 Deutsche Mark monatlich. Bei pflegebedürftigen Kindern ist der infolge Krankheit oder Behinderung gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind zusätzliche Pflegebedarf maßgebend.

(9) Pflegebedürftigen im Sinne des Absatzes 1 sind die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; auch können angemessene Beihilfen gewährt sowie Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Pflege nach Absatz 7 Satz 1 die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, so sind die angemessenen Kosten zu übernehmen. Pflegebedürftigen, die Pflegegeld erhalten, sind zusätzlich die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

(10) Leistungen nach Absatz 8 und Absatz 9 Satz 3 werden nicht gewährt, soweit der Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhält. Auf das Pflegegeld sind Leistungen nach § 27d Abs. 1 Nr. 7 oder ihnen gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 vom Hundert, Pflegegelder nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch jedoch in dem Umfang, in dem sie gewährt werden, anzurechnen. Die Leistungen nach Absatz 9 werden neben den Leistungen nach Absatz 8 gewährt. Werden Leistungen nach Absatz 9 Satz 1 und 2 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften gewährt, kann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden. Bei teilstationärer Betreuung des Pflegebedürftigen kann das Pflegegeld angemessen gekürzt werden. Leistungen nach Absatz 9 Satz 1 und 2 werden insoweit nicht gewährt, als der Pflegebedürftige in der Lage ist, entsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen. § 2 des Bundessozialhilfegesetzes bleibt unberührt.

(11) Bei der Festsetzung der Einkommensgrenze ist

a) bei Pflege in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung,

- wenn sie voraussichtlich auf längere Zeit erforderlich ist, sowie bei häuslicher Pflege, wenn der in Absatz 8 Satz 1 oder 2 genannte Schweregrad der Hilflosigkeit besteht, § 27d Abs. 5 Satz 1 Buchstabe a und Satz 2,
- b) bei dem Pflegegeld nach Absatz 8 Satz 3, § 27d Abs. 5 Satz 1 Buchstabe b sowie § 27d Abs. 5 Satz 2 und 3 entsprechend anzuwenden.

(12) Bei der Hilfe zur Pflege für ein Kind, das sein 21. Lebensjahr vollendet hat, soll davon abgesehen werden, Einkommen und Vermögen des Beschädigten einzusetzen.“

8. In § 26d Abs. 3 wird die Angabe „§ 26c Abs. 4“ durch die Angabe „§ 26c Abs. 7 Satz 1 und Abs. 9 Satz 1 und 2“ ersetzt.
9. In § 27d Abs. 7 wird die Angabe „§ 26c Abs. 9“ durch die Angabe „§ 26c Abs. 12“ ersetzt.
10. In § 27h Abs. 2 wird die Angabe „§ 26c Abs. 8“ durch die Angabe „§ 26c Abs. 11“ ersetzt.
11. Nach § 27i wird folgender Paragraph eingefügt:

#### **„§ 27j**

Pflegebedürftige, die bis zum 31. März 1995 nach § 26c Abs. 6 in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung Pflegegeld bezogen haben, erhalten das Pflegegeld insoweit weiter, als es den Pflegegeldanspruch nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch übersteigt und die geltenden Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes ungeachtet des § 26c den Leistungsbezug nicht ausschließen; dabei bleibt eine Anrechnung der Geldleistung nach § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung außer Betracht. Gleiches gilt, soweit Pflegebedürftige, die bis zum 31. März 1995 Pflegegeld nach § 26c Abs. 6 in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung und daneben Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung nach diesem Gesetz bezogen, deshalb geringere Leistungen für hauswirtschaftliche Versorgung nach diesem Gesetz erhalten, weil hierauf der auf die hauswirtschaftliche Versorgung entfallende Teil des Pflegegeldes nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch angerechnet wird.“

12. § 35 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:  
„Solange der Beschädigte infolge der Schädigung hilflos ist, wird eine Pflegezulage von 454 Deutsche Mark (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 ist der Beschädigte, wenn er für eine Reihe von häufig

und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist.“

- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Satz 1“ gestrichen.
- c) Absatz 3 wird gestrichen; die Absätze 4 bis 7 werden die Absätze 3 bis 6.
- d) Im neuen Absatz 4 wird die Bezeichnung „Absatz 4“ durch die Bezeichnung „Absatz 3“ ersetzt.

13. § 40b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Zahl „20“ durch die Zahl „10“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Zahl „20“ durch die Zahl „10“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:  
„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für den Elternteil im Sinne des § 35 Abs. 2 entsprechend.“
- d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

14. Nach § 53 wird folgender Paragraph eingefügt:

#### **„§ 53a Beiträge zur Pflegeversicherung**

(1) Rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen, die einen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben und die bei einem privaten Versicherungsunternehmen oder bei einer Pflegekasse nach § 20 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, wird der Beitrag zur Pflegeversicherung erstattet.

(2) Der Erstattungsbetrag nach Absatz 1 darf den Betrag nicht übersteigen, der sich bei Zugrundelegung des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei Beschädigten aus der Ausgleichsrente, dem Ehegattenzuschlag und dem Berufsschadensausgleich, bei Hinterbliebenen aus allen Rentenleistungen nach diesem Gesetz ergibt.

(3) § 61 Abs. 6 und 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

15. § 56 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „das Pflegegeld (§ 26c Abs. 6),“ gestrichen.
  - b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 26c Abs. 6,“ gestrichen.
16. Dem § 64a Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:  
„Eine Zuwendung kann auch bei Pflegebedürftigkeit gegeben werden.“

**Artikel 10**  
**Änderung des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes**  
**über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten**

Artikel 5 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten vom 21. Juli 1993 (BGBl. I S.1262) wird wie folgt geändert:

Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Vor der Veränderung nach § 20 Abs. 1 ist ferner die Summe der im Jahre 1993 gezahlten Erstattungen für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 11 Abs. 4 und § 12 Abs. 5 des Bundesversorgungsgesetzes in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung abzuziehen.“

**Artikel 11**  
**Änderung des Arbeitssicherstellungsgesetzes**

Das Arbeitssicherstellungsgesetz vom 9. Juli 1968 (BGBl. I S. 787), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 87 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. In § 18 werden die Wörter „Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung“ durch die Wörter „Unfall- und Rentenversicherung sowie in der Arbeitslosenversicherung und sozialen Pflegeversicherung“ ersetzt.
2. Nach § 23 wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 23a**  
**Pflegeversicherung**

§ 61 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Dienstherr oder Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes, der nach § 16 Dienstbezüge, Unterhaltszuschuß oder Arbeitsentgelt weiter zu zahlen hat, und der neue Arbeitgeber den Beitragszuschuß anteilig nach der Höhe der jeweils zu gewährenden Dienstbezüge, Unterhaltszuschüsse und Arbeitsentgelte zu zahlen haben.“

**Artikel 12**  
**Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes**

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 werden nach dem Wort „Angestellten“ das Wort „und“ gestrichen und

ein Komma eingefügt und nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und in der sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.

2. § 5 wird wie folgt geändert:
  - a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
  - b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz angefügt:

„(2) In der sozialen Pflegeversicherung ist nach diesem Gesetz versicherungsfrei, wer

    1. nach Absatz 1 versicherungsfrei oder
    2. nach § 6 oder § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit worden ist.“
3. In § 8 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Rentenversicherung und in der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Wörter „Renten- und Krankenversicherung sowie in der sozialen Pflegeversicherung“ ersetzt.
4. § 9 wird wie folgt geändert:
  - a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
  - b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz angefügt:

„(2) Wer bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert ist und nach diesem Gesetz pflegeversicherungspflichtig wird, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“
5. Nach § 10 wird folgender Paragraph eingefügt:

#### **„§ 10a**

(1) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit und in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse als vorläufigen Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrages, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht nach diesem Gesetz an die Pflegekasse zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben; dabei wird ein Mindestarbeitseinkommen nach § 234 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 57 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht in Ansatz gebracht. § 10 Abs. 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(2) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 6 oder § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit und bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse einen vorläufigen Beitragszuschuß, wenn sie für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Künstlers oder Publizisten in der sozialen Pflegeversicherung versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Elften Buches Sozialgesetz-

buch gleichwertig sind. § 61 Abs. 6 und 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Beitrages, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht an die Pflegekasse zu zahlen hätte; dabei wird ein Mindestarbeitseinkommen nach § 234 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 57 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht in Ansatz gebracht. § 10 Abs. 2 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend.“

6. § 11 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 werden die Wörter „Kranken- oder Rentenversicherung“ durch die Wörter „Renten- oder Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Kranken- oder Rentenversicherung“ durch die Wörter „Renten- oder Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung“ und die Angabe „§ 10“ durch die Angabe „§§ 10 und 10a“ ersetzt.
7. In § 12 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 10“ durch die Angabe „§§ 10 und 10a“ ersetzt.
8. In § 16 Abs. 2 Satz 4 werden nach dem Wort „Beitragsanteile“ die Wörter „nach Absatz 1 sowie nach § 16a Abs. 1“ eingefügt.
9. Nach § 16 wird folgender Paragraph eingefügt:

#### **„§ 16a**

(1) Der Versicherte hat an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur sozialen Pflegeversicherung für den Kalendermonat die Hälfte des sich aus den §§ 55 und 57 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beitrages zu zahlen. Der Beitragsanteil für einen Kalendermonat wird am Ersten des folgenden Monats fällig.  
(2) § 16 Abs. 2 gilt entsprechend.“

10. In § 17 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und in der sozialen Pflegeversicherung“ und nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „und der Pflegekasse“ eingefügt.
11. In § 26 Abs. 2 Nr. 1 werden die Wörter „den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Wörter „den Kranken- und Pflegekassen“ ersetzt.
12. § 55 wird wie folgt gefaßt:

#### **„§ 55**

Die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung bei selbständigen

Künstlern und Publizisten, die am 31. Dezember 1994 nach diesem Gesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, beginnt ohne Feststellung der Künstlersozialkasse am 1. Januar 1995.“

**Artikel 13**  
**Änderung des Zweiten Gesetzes**  
**über die Krankenversicherung der Landwirte**

§ 14 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) geändert worden ist, wird gestrichen.

**Artikel 14**  
**Änderung des Gesetzes über die Angleichung**  
**der Leistungen zur Rehabilitation**

Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation von 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 7. Juli 1992 (BGBl. I S. 1225), wird wie folgt geändert:  
In § 12 Nr. 2 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“, der Wortbestandteil „Pflege-“, eingefügt.

**Artikel 17**  
**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch § 13 Abs. 9 des Gesetzes vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1402), wird wie folgt geändert:

1. § 6 wird wie folgt geändert:
  - a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3) Die Länder stimmen ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ab, insbesondere mit dem Ziel, Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen. Die Zahl der in die Krankenhauspläne aufgenommenen Krankenhausbetten ist ab dem 1. Juli 1996 unverzüglich um die Zahl der fehlbelegten Betten zu verringern, die insbesondere durch die in § 17a vorgesehenen Maßnahmen entbehrlich werden. Dabei soll die diesem Ziel die-

nende Förderung nach § 9 Abs. 2 Nr. 6 vorrangig solchen Krankenhaus-trägern gewährt werden, die von sich aus eine Umwidmung in Pflegeeinrichtungen nach Satz 1 vornehmen.“

b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

2. Nach § 9 Abs. 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3a) Der vom Land bewilligte Gesamtbetrag der laufenden und der beiden folgenden Jahrespauschalen nach Absatz 3 steht dem Krankenhaus unabhängig von einer Verringerung der tatsächlichen Bettenzahl zu, soweit die Verringerung auf einer Vereinbarung des Krankenhausträgers mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 oder 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beruht und ein Fünftel der Planbetten nicht übersteigt. § 6 Abs. 3 bleibt unberührt.“

3. Nach § 17 wird folgender Paragraph eingefügt:

#### **„§ 17a Abbau von Fehlbelegungen**

(1) Der Krankenhausträger stellt sicher, daß keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden oder dort verbleiben, die nicht oder nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen.

(2) Die Krankenkassen wirken insbesondere durch gezielte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung darauf hin, daß Fehlbelegungen vermieden und bestehende Fehlbelegungen zügig abgebaut werden. Zu diesem Zweck darf der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Einsicht in die Krankenunterlagen nehmen. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und der erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen.

(3) Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 18 Abs. 2) sind verpflichtet, durch entsprechende Bemessung des Krankenhausbudgets sicherzustellen, daß Fehlbelegungen abgebaut werden. Soweit Teile des Krankenhauses in Pflegeeinrichtungen umgewidmet worden sind, sollen in der Pflegesatzvereinbarung Regelungen getroffen werden, die einer möglichst nahtlosen Übernahme von Krankenhauspersonal durch die neuen Pflegeeinrichtungen förderlich sind.“

#### **Artikel 18 Änderung des Bundessozialhilfegesetzes**

Das Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. März 1994 (BGBl. I S. 646) wird wie folgt geändert:

1. Dem § 27 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 findet auch Anwendung, wenn Hilfe zur Pflege nur deshalb nicht

gewährt wird, weil entsprechende Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden.“

2. In § 38 Abs. 2 Nr. 4 werden die Wörter „Wartung und“ gestrichen und die Angabe „§ 69 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 69b Abs. 1“ ersetzt.
3. § 68 wird wie folgt gefaßt:

**„§ 68  
Inhalt**

(1) Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren. Absatz 5 und § 69 sind auch auf Kranke und Behinderte anzuwenden, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Hilfe bedürfen, einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 4 bedürfen.

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

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen,
4. andere Krankheiten oder Behinderungen, infolge derer Personen pflegebedürftig im Sinne des Absatzes 1 sind.

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

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

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(5) Dem Pflegebedürftigen sollen auch die Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, die zur Erleichterung seiner Beschwerden wirksam beitragen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.

(6) Die Verordnung nach § 16 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Verordnung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung der Pflegegelder nach § 69a entsprechende Anwendung.“

4. Nach § 68 wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 68a  
Bindungswirkung**

Die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ist auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zugrunde zu legen, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind.“

5. § 69 wird wie folgt gefaßt:

**„§ 69  
Häusliche Pflege**

Reicht im Falle des § 68 Abs. 1 häusliche Pflege aus, soll der Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, daß die Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen wird. Das Nähere regeln die §§ 69a bis 69c.“

6. Nach § 69 werden folgende Paragraphen eingefügt:

**„§ 69a  
Pflegegeld**

(1) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität

für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (erheblich Pflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 400 Deutsche Mark monatlich.

(2) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 800 Deutsche Mark monatlich.

(3) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerstpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 1300 Deutsche Mark monatlich.

(4) Bei pflegebedürftigen Kindern ist der infolge Krankheit oder Behinderung gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind zusätzliche Pflegebedarf maßgebend.

#### **§ 69b Andere Leistungen**

(1) Pflegebedürftigen im Sinne des § 68 Abs. 1 sind die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; auch können angemessene Beihilfen gewährt sowie Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Pflege nach § 69 Satz 1 die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, so sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.

(2) Pflegebedürftigen, die Pflegegeld nach § 69a erhalten, sind zusätzlich die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

(3) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht als ein Pauschalbetrag gewährt werden.

#### **§ 69c Leistungskonkurrenz**

(1) Leistungen nach § 69a und § 69b Abs. 2 werden nicht gewährt, soweit der Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhält. Auf das Pflegegeld sind Leistungen nach § 67 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 vom Hundert, Pflegegelder nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch jedoch in dem Umfang, in dem sie gewährt werden, anzurechnen.

(2) Die Leistungen nach § 69b werden neben den Leistungen nach § 69a

gewährt. Werden Leistungen nach § 69b Abs. 1 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften gewährt, kann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden.

(3) Bei teilstationärer Betreuung des Pflegebedürftigen kann das Pflegegeld nach § 69a angemessen gekürzt werden.

(4) Leistungen nach § 69b Abs. 1 werden insoweit nicht gewährt, als der Pflegebedürftige in der Lage ist, entsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen.“

7. In § 70 Abs. 3 wird die Angabe „§ 69 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 69b Abs. 1“ ersetzt.
8. § 81 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Nr. 5 wird die Angabe „§ 69 Abs. 3 Satz 1“ durch die Angabe „§ 69a Abs. 1 oder 2“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 69 Abs. 4 Satz 2“ durch die Angabe „§ 69a Abs. 3“ ersetzt.
9. Dem § 93 wird folgender Absatz angefügt:

„(7) Bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch richten sich Art, Inhalt, Umfang und Vergütung der ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen sowie der Leistungen der Kurzzeitpflege ab 1. April 1995 und der vollstationären Pflegeleistungen sowie der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und der Zusatzleistungen in Pflegeheimen ab Inkrafttreten des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach den Vorschriften des Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch, soweit nicht nach § 68 weitergehende Leistungen zu gewähren sind.“

## **Artikel 19** **Änderung des Heimgesetzes**

Das Heimgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. April 1990 (BGBl. I S. 763, 1069), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Juli 1993 (BGBl. I S. 1257), wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt gefaßt:

### **„§ 3** **Mindestanforderungen**

Zur Durchführung des § 2 kann das Bundesministerium für Familie und Senioren im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft, dem Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Mindestanforderungen festlegen:

1. für die Räume, insbesondere die Wohn-, Aufenthalts-, Therapie- und Wirtschaftsräume sowie die Verkehrsflächen und die sanitären Anlagen,
  2. für die Eignung des Leiters des Heimes und der Beschäftigten.“
2. Nach § 4d wird folgender Paragraph eingefügt:

#### **„§ 4e**

#### **Heimverträge mit Versicherten der sozialen Pflegeversicherung**

- (1) In Heimverträgen mit Versicherten der sozialen Pflegeversicherung, die Leistungen der stationären Pflege nach den §§ 42 und 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch nehmen, sind die Leistungen des Heimträgers für allgemeine Pflegeleistungen, für Unterkunft und Verpflegung sowie für Zusatzleistungen im einzelnen gesondert zu beschreiben und die jeweiligen Entgelte hierfür gesondert anzugeben. Art, Inhalt und Umfang der in Satz 1 genannten Leistungen sowie die jeweiligen Entgelte bestimmen sich nach dem Siebten und Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch.
- (2) § 4a Satz 2 und § 4c gelten nicht für die in Absatz 1 genannten Verträge.
- (3) Der Anspruch des Heimträgers auf Zahlung des Entgelts für die allgemeinen Pflegeleistungen, soweit sie von der Pflegekasse zu tragen sind, ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten, soweit in § 91 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nichts anderes bestimmt ist.“
3. § 5 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:  
„(3) Das Bundesministerium für Familie und Senioren legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Wahl des Heimbeirats und die Bestellung des Heimfürsprechers sowie über Art, Umfang und Form ihrer Mitwirkung fest.“
  4. § 8 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:  
„(3) Das Bundesministerium für Familie und Senioren legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Art und Umfang der in den Absätzen 1 und 2 genannten Pflichten und das einzuhaltende Verfahren näher fest.“
  5. Dem § 9 wird folgender Absatz angefügt:  
„(4) Die für die Heimaufsicht zuständigen Behörden sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesministerium für Familie und Senioren auf Verlangen Auskunft über die Umstände zu erteilen, die sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch benötigen. Daten der Pflegebedürftigen dürfen den Beteiligten nach Satz 1 nur in anonymisierter Form übermittelt werden.“

6. § 14 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 7 Satz 1 werden hinter den Wörtern „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft“ die Wörter „und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ eingefügt.
  - b) Folgender Absatz wird angefügt:  
„(8) Absatz 2 Nr. 4 gilt nicht für Versicherte der sozialen Pflegeversicherung.“

## **Artikel 20** **Änderung des Lastenausgleichsgesetzes**

Das Lastenausgleichsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juni 1993 (BGBl. I S. 845), geändert durch Artikel 3 Abs. 6 des Gesetzes vom 17. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2118), wird wie folgt geändert:

1. § 267 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 wird der letzte Satz durch die folgenden Sätze ersetzt:  
„Die Pflegezulage von 50 Deutsche Mark monatlich erhöht sich, wenn Pflegezulage, Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung nach anderen Vorschriften nicht gewährt wird, um 254 Deutsche Mark monatlich. Die Pflegezulage von 50 Deutsche Mark, bei Heimunterbringung von 20 Deutsche Mark monatlich ist nicht zu gewähren, wenn Pflegebedürftige Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung nach den Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in den Fällen des § 276 Abs. 3a vergleichbare Leistungen von einem privaten Versicherungsunternehmen erhalten.“
  - b) In Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort „Pflegegelder,“ das Wort „Pflegesachleistungen,“ eingefügt und der Buchstabe c wie folgt gefaßt:  
„c) Personen, die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen so hilflos sind, daß sie nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen können, ein Freibetrag von 75 Deutsche Mark monatlich, es sei denn, sie erhalten Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung nach den Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder vergleichbare Leistungen von einem privaten Versicherungsunternehmen;“.
2. § 276 wird wie folgt geändert:
  - a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Krankenversorgung“ ein Komma und das Wort „Pflegeversicherung“ angefügt.
  - b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:  
„(3a) Empfänger von Unterhaltshilfe, die nach § 20 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig oder nach § 22 oder § 23 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten als Teil der Unterhaltshilfe einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Pflegeversicherung. Der mo-

monatliche Zuschuß wird in Höhe des Beitrags geleistet, den der Leistungsträger als Pflegeversicherungsbeitrag für Leistungsempfänger zu tragen hat, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind.“

3. Nach § 285 wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 285a**

Bei Bezug von Entschädigungsrente und besonderer laufender Beihilfe gilt § 276 Abs. 3a entsprechend.“

**Artikel 21  
Änderung des Bundesbesoldungsgesetzes**

Das Bundesbesoldungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. März 1992 (BGBl. I S. 409), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 14 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

Nach § 3 wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 3a  
Besoldungskürzung**

(1) Der Anspruch auf monatliche Dienstbezüge wird um 0,5 vom Hundert eines vollen Monatsbezuges abgesenkt. Satz 1 gilt nicht für Beamte, Richter und Soldaten in Dienststellen in den Ländern, in denen die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist.

(2) Der Anspruch auf monatliche Dienstbezüge wird nach dem Inkrafttreten des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch um weitere 0,33 vom Hundert eines vollen Monatsbezuges abgesenkt. Dies gilt nicht für Beamte, Richter und Soldaten in Dienststellen in den Ländern, in denen die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage um einen weiteren Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist. Die Sätze 1 und 2 gelten nur, wenn die Bundesregierung in der Rechtsverordnung nach Artikel 69 des Pflegeversicherungsgesetzes festgestellt hat, daß die Aufhebung eines weiteren Feiertages, der stets auf einen Werktag fällt, notwendig ist.

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

## **Artikel 22** **Regelung für Amtsverhältnisse**

Für die Empfänger von Amtsbezügen des Bundes gilt § 3a des Bundesbesoldungsgesetzes sinngemäß.

## **Artikel 23** **Änderung des Abgeordnetengesetzes und des Europaabgeordnetengesetzes**

Das Abgeordnetengesetz vom 18. Februar 1977 (BGBl. I S. 297), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 11. März 1994 (BGBl. I S. 526), und das Europaabgeordnetengesetz vom 6. April 1979 (BGBl. I S. 413), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 3 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), werden wie folgt geändert:

1. Nach § 11 Abs. 2 des Abgeordnetengesetzes wird folgender Absatz angefügt:  
„(3) Der Auszahlungsbetrag der Entschädigung nach Absatz 1 und der Amtszulage nach Absatz 2 vermindert sich in Ansehung der zu den Kosten in Pflegefällen nach § 27 gewährten Zuschüsse vom 1. Januar 1995 an um ein Dreihundertfünfundsechzigstel. Er beträgt dann 10 337,60 Deutsche Mark, im Falle der Amtszulage nach Absatz 2 für den Präsidenten 10 337,60 Deutsche Mark und für seine Stellvertreter 5 168,80 Deutsche Mark. Vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch an beträgt der Auszahlungsbetrag der Entschädigung nach Absatz 1 10 309,20 Deutsche Mark, der der Amtszulage nach Absatz 2 für den Präsidenten 10 309,20 Deutsche Mark und für seine Stellvertreter 5 154,60 Deutsche Mark. Satz 3 gilt nur, wenn die Bundesregierung zu der Rechtsverordnung nach Artikel 69 des Pflegeversicherungsgesetzes festgestellt hat, daß die Aufhebung eines weiteren Feiertages, der stets auf einen Werktag fällt, notwendig ist.“
2. § 27 des Abgeordnetengesetzes wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:  
„Mitglieder des Bundestages und Versorgungsempfänger nach diesem Gesetz erhalten einen Zuschuß zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen in sinngemäßer Anwendung der für Bundesbeamte geltenden Vorschriften.“
  - b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:  
„(3) Der Anspruch auf den Zuschuß zu den Krankenversicherungsbeiträgen nach Absatz 2 schließt ein den Anspruch auf einen Zuschuß in Höhe der Hälfte des aus eigenen Mitteln geleisteten Pflegeversicherungsbeitrages, höchstens jedoch die Hälfte des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung.“

- c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.
3. In § 9 des Europaabgeordnetengesetzes werden nach Satz 1 folgende Sätze angefügt:  
„Der Zahlungsbetrag der Entschädigung nach Satz 1 vermindert sich in Ansehung der zu den Kosten in Pflegefällen nach § 11 in Verbindung mit § 27 des Abgeordnetengesetzes gewährten Zuschüsse vom 1. Januar 1995 an um ein Dreihundertfünfundsechzigstel. Er beträgt dann 10 337,60 Deutsche Mark. Vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch an beträgt der Zahlungsbetrag der Entschädigung nach Absatz 1 10 309,20 Deutsche Mark. Satz 3 gilt nur, wenn die Bundesregierung in der Rechtsverordnung nach Artikel 69 des Pflege-Versicherungsgesetzes festgestellt hat, daß die Aufhebung eines weiteren Feiertages, der stets auf einen Werktag fällt, notwendig ist.“

#### **Artikel 24** **Änderung des Flüchtlingshilfegesetzes**

Dem § 15 des Flüchtlingshilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Mai 1971 (BGBl. I S. 681), das zuletzt durch Artikel 3b des Gesetzes vom 24. Juli 1992 (BGBl. I S. 1389) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:  
„Bei Bezug einer besonderen laufenden Beihilfe gilt § 276 Abs. 3a des Lastenausgleichsgesetzes entsprechend.“

#### **Artikel 26** **Änderung des Einkommensteuergesetzes**

Das Einkommensteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. September 1990 (BGBl. I S. 1898, 1991 I S. 808), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 28. Januar 1994 (BGBl. I S. 142), wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:
  - a) Nummer 1 Buchstabe a wird wie folgt gefaßt:  
„a) Leistungen aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung und aus der gesetzlichen Unfallversicherung.“
  - b) In Nummer 14 wird das Wort „Krankenversicherung“ durch die Wörter „Kranken- und Pflegeversicherung“ ersetzt.
2. § 10 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 2 Buchstabe a werden die Wörter „Kranken-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen“ durch die Wörter „Kranken-, Pflege-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen“ ersetzt.

- bb) Am Ende von Nummer 2 Doppelbuchstabe dd werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Buchstabe angefügt:  
„c) Beiträge zu einer zusätzlichen freiwilligen Pflegeversicherung“.
  - b) Am Ende des Absatzes 3 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Nummer angefügt:  
„4. für Beiträge nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe c ein zusätzlicher Höchstbetrag von 360 Deutsche Mark für Steuerpflichtige, die nach dem 31. Dezember 1957 geboren sind.“
3. § 33b wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe b werden die Wörter „äußerlich erkennbaren“ gestrichen.
  - b) In Absatz 3 wird Satz 3 wie folgt gefaßt:  
„Für Behinderte, die hilflos im Sinne des Absatzes 6 sind, und für Blinde erhöht sich der Pauschbetrag auf 7 200 Deutsche Mark.“
  - c) Absatz 6 wird wie folgt gefaßt:  
„Wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die einem Steuerpflichtigen durch die Pflege einer Person erwachsen, die nicht nur vorübergehend hilflos ist, kann er an Stelle einer Steuerermäßigung nach § 33 einen Pauschbetrag von 1 800 Deutsche Mark im Kalenderjahr geltend machen (Pflegepauschbetrag). Hilflos im Sinne des Satzes 1 ist eine Person, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Voraussetzung ist, daß der Steuerpflichtige die Pflege im Inland entweder in seiner Wohnung oder in der Wohnung des Pflegebedürftigen persönlich durchführt. Wird ein Pflegebedürftiger von mehreren Steuerpflichtigen im Veranlagungszeitraum gepflegt, wird der Pauschbetrag nach der Zahl der Pflegepersonen, bei denen die Voraussetzungen der Sätze 1 bis 4 vorliegen, geteilt.“

## **Artikel 27**

### **Änderung des Umsatzsteuergesetzes**

1n § 4 Nr. 16 Buchstabe d und e des Umsatzsteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 565, 1160), das zuletzt durch Artikel 6 Abs. 57 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378) geändert worden ist, werden jeweils die Wörter „zwei Drittel“ durch die Angabe „40 vom Hundert“ ersetzt.

**Artikel 28**  
**Änderung des Bewertungsgesetzes**

In § 111 Nr. 2 des Bewertungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1991 (BGBl. I S. 230), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 21. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2310) geändert worden ist, wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma und der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.

**Artikel 29**  
**Änderung des Versicherungssteuergesetzes**

In § 4 Nr. 5 des Versicherungssteuergesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 611-15, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 21. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2310) geändert worden ist, wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:  
„Dies gilt auch für Pflegeversicherungen im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt sie genommen worden sind.“

**Artikel 30**  
**Änderung der Bundeshaushaltsordnung**

In § 112 Abs. 1 Satz 1 der Bundeshaushaltsordnung vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1284), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 21. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2353) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Krankenversicherung,“ die Wörter „der sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.

**Artikel 31**  
**Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes**

Das Bundesausbildungsförderungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I S. 645, 1680), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2374), wird wie folgt geändert:

1. Nach § 13 wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 13a**  
**Pflegeversicherungszuschlag**

Für Auszubildende, die beitragspflichtig

1. in der sozialen Pflegeversicherung oder
2. bei einem privaten Versicherungsunternehmen, das die in § 61 Abs. 6 des

Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt, nach § 23 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, erhöhen sich die Beträge nach § 12 Abs. 1 und 2, § 13 Abs. 1 für die Pflegeversicherung ab 1. Januar 1995 um monatlich 10 Deutsche Mark, ab 1. Juli 1996 um monatlich 15 Deutsche Mark. Satz 1 ist bei Entscheidungen für Bewilligungszeiträume, die nach dem 31. Dezember 1994 beginnen, oder auf Antrag von Beginn des Antragsmonats an zu berücksichtigen.“

2. In § 21 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.

### **Artikel 32** **Änderung des Wohngeldgesetzes**

In § 14 Abs. 3 des Wohngeldgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1993 (BGBl. I S. 183), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2438) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und die Pflegeversicherung“ eingefügt.

### **Artikel 33** **Änderung des Sozialgerichtsgesetzes**

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1442), wird wie folgt geändert:  
In § 51 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden auch über Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch entstehen.“

### **Artikel 34** **Änderung des Eignungsübungsgesetzes**

Nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 53-5, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 66 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) geändert worden ist, wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 8a  
Pflegeversicherung**

- (1) Die Teilnahme an einer Eignungsübung berührt eine bestehende Pflegeversicherung nicht.
- (2) Für die Zeit der Teilnahme an einer Eignungsübung trägt der Bund die Hälfte des Beitrages zur sozialen Pflegeversicherung oder zahlt einen Beitragszuschuß für Privatversicherte entsprechend § 61 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.“

**Artikel 35  
Änderung des Unterhaltssicherungsgesetzes**

§ 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2614), das zuletzt durch das Gesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2144) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 werden nach der Angabe „3“ ein Komma und die Angabe „3a“ eingefügt.
  - b) In Satz 2 werden nach der Angabe „Absatz 2 Nr. 2“ ein Komma und die Angabe „2a“ eingefügt.
2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - a) Nach der Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:  
„2a. Ersatz der Beiträge zu einer privaten Pflegeversicherung zugunsten Wehrpflichtiger, für die keine Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung entrichtet werden;“.
  - b) Nach der Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:  
„3a. Ersatz der Beiträge zu einer privaten Pflegeversicherung zugunsten von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen;“.

**Vierter Teil  
Überleitungsvorschriften zu den Artikeln 1 bis 35**

**Artikel 36  
Änderung der Beitragsüberwachungsverordnung**

Die Anlagen 1 und 2 zu § 4 der Beitragsüberwachungsverordnung vom 22. Mai 1989 (BGBl. I S. 992) werden durch die neuen Anlagen 1 und 2 ersetzt.

### **Artikel 37**

#### **Änderung der Beitragszahlungsverordnung**

In § 3 der Beitragszahlungsverordnung vom 22. Mai 1989 (BGBl. I S. 990) wird nach Absatz 1 folgender Absatz eingefügt:

„(1a) Für die Weiterleitung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung hat die Krankenkasse ein von Absatz 1 Satz 1 abweichendes Verfahren anzuwenden, wenn es für die Pflegekasse wirtschaftlicher als das Überweisungsverfahren ist.“

### **Artikel 38**

#### **Änderung der Verordnung über die Erstattung von Aufwendungen nach dem Gesetz zur Überführung von Ansprüchen und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets durch den Bund**

Die Verordnung über die Erstattung von Aufwendungen nach dem Gesetz zur Überführung von Ansprüchen und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets durch den Bund vom 29. Mai 1992 (BGBl. I S. 999) wird wie folgt geändert:

§ 1 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 werden nach der Angabe „106“ ein Komma und die Angabe „106a“ eingefügt.
- b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer eingefügt:
  - „4a. der Teil des Beitrags zur Pflegeversicherung, den nach § 59 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 249a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu tragen hat,“.

### **Artikel 40**

#### **Familienversicherung der Behinderten**

Familienversicherung besteht auch für Behinderte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes die Voraussetzungen nach § 25 Abs. 2 Nr. 4 zweiter Halbsatz des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte.

**Artikel 41**  
**Übergangsregelungen für Fristen bei**  
**Wahlrechten der Versicherten**

(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Abs. 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Personen, für die nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 1995 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung eintritt, können ihr Wahlrecht nach § 23 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch schon vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung zum 1. Januar 1995 ausüben.

**Artikel 42**  
**Behandlung der bestehenden privaten**  
**Pflegeversicherungsverträge**

(1) Wer bei Inkrafttreten des Gesetzes bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert ist, wird auf Antrag von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit, wenn der Vertrag mit dem privaten Versicherungsunternehmen vor dem 23. Juni 1993 abgeschlossen wurde. Dies gilt auch, wenn der Versicherte für sich und seine Angehörigen, für die nach § 25 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Anspruch auf Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen erhält, die den Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch noch nicht gleichwertig sind. Verträge, die unzureichende Vertragsleistungen vorsehen, sind bis zum 31. Dezember 1995 an den Leistungsumfang der sozialen Pflegeversicherung anzupassen. § 23 Abs. 3, 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Der Antrag ist bis zum 31. März 1995 bei der zuständigen Pflegekasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, sie kann nicht widerrufen werden.

(3) Personen, die nach § 20 oder § 21 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig werden, können den Pflegeversicherungsvertrag nach Absatz 1 mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 des Elften Buches Sozialgesetzbuch eintritt.

(4) Die privaten Versicherungsunternehmen haben alle Versicherungsnehmer, die

trotz Aufforderung ihren Versicherungsvertrag bis zum 31. Dezember 1995 nicht entsprechend Absatz 1 Satz 3 angepaßt haben, zu ermitteln und dem Bundesversicherungsamt bis zum 31. März 1996 zu melden. Die Meldepflichten nach Satz 1 bestehen auch, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag, der nach Absatz 1 zur Versicherungsfreiheit geführt hat, nicht fortsetzt.

(5) Der Anspruch des Versicherungsnehmers auf einen Beitragszuschuß richtet sich nach § 61 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, § 106a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, § 53a des Bundesversorgungsgesetzes, § 13a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes, § 23a des Arbeitssicherstellungsgesetzes, § 8a des Eignungsübungsgesetzes, § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes, § 10a des Künstler-sozialversicherungsgesetzes, § 276 des Lastenausgleichsgesetzes und § 15 des Flüchtlingshilfegesetzes. In der Zeit vom 1. Januar 1995 bis einschließlich 31. Dezember 1995 besteht der Anspruch auf den Zuschuß zu den Beiträgen für Verträge nach Absatz 1 auch in den Fällen, in denen die Vertragsleistungen noch nicht den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

(6) Wird der Vertrag entgegen Absatz 1 Satz 3 nicht angepaßt oder der Vertrag nach Absatz 1 vom Versicherungsnehmer nicht erfüllt, tritt ab 1. Januar 1996 für Versicherungspflichtige nach § 20 oder § 21 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein.

**Artikel 45**  
**Bezieher von Pflegeleistungen nach den §§ 53 bis 57**  
**des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

(1) Pflegebedürftige Versicherte, die bis zum 31. März 1995 Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten haben, werden mit Wirkung vom 1. April 1995 ohne Antragstellung in die Pflegestufe II eingestuft und erhalten Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch in dem Umfang, der für Pflegebedürftige im Sinne des § 15 Abs. 1 Nr. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehen ist. Sie werden auf Antrag der Pflegestufe III zugeordnet und erhalten Leistungen in dem Umfang, der für Pflegebedürftige im Sinne des § 15 Abs. 1 Nr. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehen ist, wenn festgestellt wird, daß Pflegebedürftigkeit im entsprechenden Umfang vorliegt. Wird der Antrag bis zum 30. Juni 1995 gestellt, wird die Zuordnung zur Pflegestufe III rückwirkend ab 1. April 1995 vorgenommen, bei späterer Antragstellung ab dem Zeitpunkt der Antragstellung.

(2) Die Krankenkassen stellen den Pflegekassen die für die Leistungsgewährung notwendigen Unterlagen zur Verfügung und übermitteln die erforderlichen personenbezogenen Daten.

**Artikel 46**  
**Aufbau der Verwaltung der Pflegekassen**  
**und Meldefristen**

(1) Bis zur Aufnahme der Tätigkeit der Pflegekassen nehmen die Krankenkassen die Rechte und Pflichten der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr. Die den Krankenkassen im Jahr 1994 dabei entstehenden notwendigen Aufwendungen werden von den Pflegekassen bis Ende 1995 gegen Nachweis erstattet; haben Krankenkassen zur Einführung der Pflegeversicherung notwendige Maßnahmen bereits im letzten Quartal des Jahres 1993 getroffen, werden auch diese Aufwendungen gegen Nachweis erstattet.

(2) Die in § 50 Abs. 2 und § 51 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Meldungen sind von den zur Meldung verpflichteten Stellen erstmals zum 1. Oktober 1994 gegenüber der zuständigen Pflegekasse, im Fall des § 51 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gegenüber dem Bundesversicherungsamt abzugeben.

**Artikel 47**  
**Beitragsfreiheit für Pflegebedürftige in**  
**stationärer Pflege**

Für Pflegebedürftige, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim erhalten, besteht bis zum Inkrafttreten der Regelungen des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf Antrag Beitragsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung, wenn sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 25 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht.

**Artikel 48**  
**Übergangsregelungen für Rentenbezieher**

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 1994 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und bei denen § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Anwendung findet, wird der Zuschuß zur Pflegeversicherung für die Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 30. Juni 1996 auf der Grundlage des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gezahlt. Die Pflegekassen melden den Rentenversicherungsträgern bis zum 31. Januar 1996 die bei ihnen versicherten Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung, bei denen § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch angewendet wird. Die Meldepflicht gilt auch für die privaten Versicherungsunternehmen im Hinblick auf die bei ihnen versicherten Rentner, für die bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Anwendung finden würde.

(2) Für Personen, die am 31. Dezember 1994 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der von den Trägern der Rentenversicherung zu zahlende Zuschuß zur Pflegeversicherung von Amts wegen zu zahlen.

(3) Über die Beitragseinbehaltung aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung für die soziale Pflegeversicherung sowie über den Zuschuß zur Pflegeversicherung sind die Rentner zu informieren. Ein besonderer Bescheid ist nicht erforderlich.

#### **Artikel 49**

#### **Weitergeltung von Vergütungen und Pflegesätzen**

Die am 31. März 1995 geltenden Vergütungen für ambulante, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege bleiben über diesen Zeitpunkt hinaus für längstens sechs Monate in Kraft, sofern nicht rechtzeitig vorher neue Vergütungsvereinbarungen nach Maßgabe des Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossen worden sind; die Leistungen der Pflegekassen richten sich nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

#### **Artikel 49a**

#### **Übergangsregelungen für die vollstationäre Pflege**

##### **Erster Abschnitt**

#### **Übergangsregelung mit weitergeltenden Heimentgelten**

##### **§ 1**

#### **Leistungsrechtliche Vorschrift**

(1) In der Zeit vom 1. Juli 1996 bis 31. Dezember 1997 (Übergangszeit) übernimmt die Pflegekasse abweichend von § 43 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 2000 Deutsche Mark monatlich,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 2500 Deutsche Mark monatlich,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 2 800 Deutsche Mark monatlich,
4. für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 3 300 Deutsche Mark monatlich; insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag jedoch 75 vom Hundert des Heimentgeltes nicht übersteigen.

(2) Absatz 1 gilt auch, wenn

1. das Pflegeheim sich gemäß § 5 an Stelle der Übergangsregelung nach dem Ersten Abschnitt für die alternative Übergangsregelung nach dem Zweiten Abschnitt entscheidet oder
2. vor Beginn oder während der Übergangszeit für das Pflegeheim eine Pflege-satzvereinbarung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch geschlossen wird.

Der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag darf im Fall des Satzes 1 Nr. 1 75 vom Hundert des Heimentgeltes nach § 9 Abs. 1 (ohne die gesonderten Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2), im Fall des Satzes 1 Nr. 2 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht überschreiten.

(3) Die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege dürfen im Durchschnitt 30 000 Deutsche Mark je Pflegebedürftigen nicht übersteigen; hierbei werden die Ausgaben für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, nicht berücksichtigt. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. September und zum 1. März zu überprüfen, ob der Durchschnittsbetrag eingehalten ist. Stellt sie fest, daß sie die Pflegeleistungen nicht in vollem Umfang übernehmen kann, ohne den Durchschnittsbetrag zu überschreiten, hat sie die Leistungen nach Absatz 1 durch Leistungsbescheid jeweils mit Wirkung vom 1. November und 1. Mai entsprechend anzupassen.

## **§ 2**

### **Vergütungsrechtliche Umsetzung**

(1) Die am 30. Juni 1996 geltenden Heimentgelte für vollstationäre Pflege in zugelassenen Pflegeheimen gelten bis zu ihrer Ablösung durch eine Pflegesatzvereinbarung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1997 weiter. Satz 1 gilt auch für nicht pflegebedürftige Heimbewohner, die vor dem 1. Juli 1996 in das Heim aufgenommen worden sind, und deren Kostenträger. Nicht pflegebedürftige Heimbewohner, die nach dem 30. Juni 1996 in das Heim aufgenommen werden, zahlen als Heimentgelt das nach Satz 1 am 30. Juni 1996 für diese Bewohnergruppe geltende Entgelt.

(2) Vorbehaltlich der Regelungen des Zweiten Abschnitts gilt Absatz 1 für pflegebedürftige Heimbewohner, die nach dem 30. Juni 1996 in das Pflegeheim aufgenommen werden, ab dem Tag ihrer Aufnahme in das Heim mit folgenden Maßgaben:

1. Soweit das weitergeltende Heimentgelt in zwei Vergütungsklassen (I bis II) aufgeteilt ist, sind die pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegestufe I und II der

Vergütungsklasse I und die pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegestufe III der Vergütungsklasse II zuzuordnen.

2. Soweit das weitergeltende Heimentgelt in drei Vergütungsklassen (I bis III) aufgliedert ist, sind die pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegestufe I der Vergütungsklasse I, die pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegestufe II der Vergütungsklasse II und die pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegestufe III der Vergütungsklasse III zuzuordnen.
3. Soweit das weitergeltende Heimentgelt in vier Vergütungsklassen (I bis IV) aufgeteilt ist, gilt Nummer 2 mit der Maßgabe, daß der Vergütungsklasse IV die pflegebedürftigen Heimbewohner zuzuordnen sind, die als Härtefälle im Sinne des § 43 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt sind. Das gleiche gilt für Heimbewohner, für die wegen eines außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwands ein besonderer Zuschlag über die jeweils höchste Vergütungsklasse nach den Nummern 1 und 2 hinaus berechnet wird.

(3) Während der Dauer der Übergangsregelung darf ein pflegebedürftiger Heimbewohner nur dann einer höheren Vergütungsklasse zugeordnet werden, wenn er durch einen neuen Leistungsbescheid seiner Pflegekasse einer höheren Pflegestufe zugeordnet worden ist. Für die Zuordnung zu einer höheren Vergütungsklasse gilt in diesem Fall Absatz 2 entsprechend.

(4) Soweit ein Pflegeheim bereits vor dem 1. Juli 1996 eine Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossen hat, gelten die darin vereinbarten Vergütungssätze von dem vereinbarten Zeitpunkt an.

### **§ 3**

#### **Unterrichtungspflicht des Pflegeheims**

Das Pflegeheim hat den Heimbewohnern und ihren Kostenträgern (Pflegekasse, Sozialhilfeträger, sonstige öffentlich-rechtliche Kostenträger) bis spätestens zum 31. Juli 1996 die in dem nach § 2 Abs. 1 weitergeltenden Heimentgelt enthaltenen, nicht durch öffentliche Fördermittel gedeckten Investitionskostenanteile schriftlich mitzuteilen. Heimbewohnern, die nach dem 31. Juli 1996 in das Heim aufgenommen werden, ist die schriftliche Mitteilung nach Satz 1 bei ihrer Aufnahme in das Heim auszuhändigen.

### **§ 4**

#### **Zahlungen und Ausgleiche**

(1) Der dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach § 1 Abs. 1 zustehende Leistungsbetrag ist von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden zum 15. eines jeden Monats fällig.

(2) Heimbewohner, über deren Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch am 30. Juni 1996 noch nicht entschieden worden ist, oder deren Kostenträger zahlen das nach § 2 Abs. 1 weitergeltende Heimentgelt in voller Höhe vorläufig weiter. Nach Bekanntgabe des Leistungsbescheides der Pflegekasse ist der darin festgelegte Leistungsbetrag dem Heimbewohner oder seinem vorläufigen Kostenträger rückwirkend ab 1. Juli 1996, bei späterer Aufnahme in das Pflegeheim ab Beginn seines Leistungsanspruchs zu erstatten; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

## **Zweiter Abschnitt Alternative Übergangsregelung**

### **§ 5 Wahlrecht des Pflegeheims**

(1) An Stelle der Vergütungen nach dem Ersten Abschnitt kann das Pflegeheim für die Übergangszeit Vergütungen nach den nachfolgenden Vorschriften verlangen. Als Zeitpunkt für das Wirksamwerden der Vergütungen nach diesem Abschnitt kann das Pflegeheim einen Tag nach dem 30. Juni 1996 und spätestens den 1. Januar 1997 (Umstellungszeitpunkt) wählen. Die Umstellung darf nicht für einen zurückliegenden Zeitraum erfolgen.

(2) Hat das Pflegeheim sein Wahlrecht ausgeübt, ist es bis zum Inkrafttreten einer Pflegesatzvereinbarung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch an seine Entscheidung gebunden. Das Pflegeheim hat die Entscheidung den nach § 85 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) beteiligten Kostenträgern unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Es genügt die Mitteilung an einen als Vertragspartei beteiligten Kostenträger (Pflegekasse, Sozialhilfeträger); dieser stellt die unverzügliche Weiterleitung der Mitteilung an die übrigen als Vertragsparteien beteiligten Kostenträger sowie an die Landesverbände der Pflegekassen sicher.

### **§ 6 Grundsätze**

(1) Soweit das Pflegeheim sich für die Ermittlung der Pflegesätze nach den Vorschriften dieses Abschnitts entscheidet, werden die nach § 2 Abs. 1 geltenden Heimentgelte durch folgende Teilentgelte abgelöst:

1. durch in drei Pflegeklassen abgestufte Pflegesätze für pflegebedürftige Heimbewohner im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pflegeklassen I bis III), die in Höhe der in § 1 Abs. 1 genannten Beträge von den Pflegekassen zu zahlen sind, sowie zusätzlich

2. durch einen einheitlichen Heimkostensatz, mit dem die durch die Pflegesätze nicht abgegoltenen Kostenbestandteile im Heimentgelt gleichmäßig auf alle Heimbewohner verteilt werden.

Im übrigen gelten ergänzend zu den Regelungen in diesem Abschnitt die Vorschriften des Ersten Abschnitts mit Ausnahme des § 2 Abs. 1, 2 und 3 Satz 2.

(2) Die Rechtsbeziehungen zu Bewohnern von zugelassenen Pflegeheimen, die keinen pflegerischen Hilfebedarf haben, bleiben von den nachfolgenden Regelungen unberührt.

(3) Bei Heimbewohnern, die pflegerischen Hilfebedarf haben, aber nach den Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht als pflegebedürftig anerkannt werden, tritt an die Stelle der Pflegesätze der allgemeine Vergütungssatz nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c.

## **§ 7**

### **Grundlage für die Ermittlung der Teilentgelte nach § 6**

(1) Grundlage für die Ermittlung der nach § 6 Abs. 1 zu zahlenden Pflegesätze ist der Gesamtbetrag der Heimentgelte, die dem Pflegeheim für den 1. Juni 1996 für diejenigen Pflegeheimbewohner zustehen, die pflegerischen Hilfebedarf haben (Stichtagsbetrag). Hierbei sind nicht zu berücksichtigen:

1. Heimentgelte für Heimbewohner, die nicht versichert sind oder über deren Antrag auf vollstationäre Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch von ihrer Pflegekasse oder ihrem privaten Pflegeversicherungsunternehmen nicht entschieden ist,
2. gesonderte Zuschläge für eine besondere Unterkunft sowie für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Sofern die Zahl der Heimbewohner, über deren Antrag bereits entschieden ist, zusammen mit der Zahl der Heimbewohner, die keinen Antrag gestellt haben oder die nicht versichert sind, am 1. Juni 1996 nicht wenigstens 75 vom Hundert aller pflegebedürftigen Heimbewohner beträgt, gilt als Stichtag der Tag, an dem dieser Vorphundertatz erreicht ist.

(2) Aus dem Stichtagsbetrag sind die darin enthaltenen Anteile für Investitionsaufwendungen und ihnen gleichstehende Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch herauszurechnen. Von dem so bereinigten Stichtagsbetrag sind als Grundlage für die Ermittlung der von den Pflegekassen ab dem Umstellungszeitpunkt zu zahlenden Pflegesätze 65 vom Hundert anzusetzen (pflegesatzwirksamer Betrag).

(3) Zur Ermittlung des einheitlichen Heimkostensatzes nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird der um den pflegesatzwirksamen Betrag geminderte Stichtagsbetrag durch die Zahl der nach Absatz 1 maßgeblichen Heimbewohner geteilt.

## **§ 8**

### **Umrechnung des pflegesatzwirksamen Betrages in Pflegeklassen**

(1) Der pflegesatzwirksame Betrag ist in nach Pflegeklassen abgestufte Pflegesätze im Sinne des § 84 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie in eine allgemeine Vergütungsklasse umzurechnen. Dabei sind zuzuordnen:

1. den Pflegeklassen I bis III die pflegebedürftigen Heimbewohner in den Pflegestufen I bis III im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch, und zwar unabhängig davon, ob die Entscheidung der Pflegekasse über die Einstufung bestandskräftig ist oder nicht,
2. der allgemeinen Vergütungsklasse die Heimbewohner, die keinen Antrag auf vollstationäre Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch gestellt haben, obwohl sie pflegerischen Hilfebedarf haben, oder deren Antrag abgelehnt worden ist.

(2) Die Umrechnung wird wie folgt durchgeführt:

1. Der Pflegesatz in der Pflegeklasse I für die Heimbewohner in der Pflegestufe I wird dadurch ermittelt, daß der pflegesatzwirksame Betrag durch die Zahl geteilt wird, die sich aus der Addition der Zahl der Heimbewohner in der Pflegestufe I, der mit 1,4 vervielfältigten Zahl der Heimbewohner in der Pflegestufe II, der mit 2,1 vervielfältigten Zahl der Heimbewohner in der Pflegestufe III und der mit 0,7 vervielfältigten Zahl der Heimbewohner der allgemeinen Vergütungsklasse ergibt.
2. Der Pflegesatz beträgt:
  - a) in der Pflegeklasse II für die Heimbewohner in der Pflegestufe II das 1,4fache,
  - b) in der Pflegeklasse III für die Heimbewohner der Pflegestufe III das 2,1fache und
  - c) in der allgemeinen Vergütungsklasse für Heimbewohner nach § 8 Abs. 1 Nr. 2 das 0,7fache des Pflegesatzes der Pflegestufe I.

## **§ 9**

### **Ermittlung und Zahlung des neuen Heimentgeltes**

(1) Das ab dem Umstellungszeitpunkt von dem einzelnen Heimbewohner oder seinen Kostenträgern zu zahlende Heimentgelt ergibt sich aus der Addition des Pflege- oder Vergütungssatzes in der für ihn nach § 8 Abs. 2 maßgeblichen Pflege- oder Vergütungsklasse und des nach § 7 Abs. 3 ermittelten einheitlichen Heimkostensatzes zuzüglich der gesonderten Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2.

(2) Heimbewohner, über deren Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch am 30. Juni 1996 noch nicht entschieden worden ist, oder deren Kostenträger zahlen das bisherige Heimentgelt vorläufig weiter. Das gleiche gilt für

Heimbewohner in Pflegeheimen, deren Stichtag gemäß § 7 Abs. 1 auf ein Datum nach dem 30. Juni 1996 fällt. Nach Wirksamwerden der neuen Pflegesätze und Heimkostensätze im Sinne des § 6 Abs. 1 sind die Differenzbeträge zugunsten oder zu Lasten des Pflegebedürftigen rückwirkend ab dem Umstellungszeitpunkt, bei späterer Aufnahme in das Pflegeheim ab Beginn seines Leistungsanspruchs zu verrechnen.

(3) Heimbewohner, die keinen Antrag auf vollstationäre Pflegeleistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gestellt haben, obwohl sie pflegerischen Hilfebedarf haben, oder deren Antrag abgelehnt worden ist, oder deren Kostenträger zahlen ab dem Umstellungszeitpunkt den allgemeinen Vergütungssatz und den einheitlichen Heimkostensatz; Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

## **§ 10 Pflichten der Beteiligten**

(1) Das Pflegeheim teilt den nach § 85 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) beteiligten Kostenträgern spätestens vier Wochen vor dem Umstellungszeitpunkt die von ihm nach § 8 Abs. 2 ermittelten Pflegesätze in den Pflegeklassen I bis III und in der allgemeinen Vergütungskategorie sowie die nach § 7 Abs. 3 ermittelten einheitlichen Heimkostensätze zusammen mit folgenden Angaben mit, die durch geeignete Unterlagen zu belegen sind:

1. die bisher zu entrichtenden Heimentgelte mit gesondertem Ausweis von Zuschlägen im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 2,
2. die Aufteilung der nach § 7 Abs. 1 maßgeblichen Heimbewohnerzahl entsprechend ihrer bisherigen Einstufung,
3. den Stichtagsbetrag (§ 7 Abs. 1),
4. die Höhe der in dem Stichtagsbetrag enthaltenen Anteile für Investitionsaufwendungen und diesen gleichstehende Aufwendungen (§ 7 Abs. 2 Satz 1),
5. den pflegesatzwirksamen Betrag (§ 7 Abs. 2 Satz 2),
6. die Gesamtzahl der Heimbewohner am Stichtag (§ 7 Abs. 1) sowie ihre Aufteilung in
  - a) Heimbewohner, die keinen Antrag auf Pflegeleistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gestellt haben,
  - b) Heimbewohner, die einen Antrag gestellt haben, aber am Stichtag noch nicht begutachtet worden sind,
  - c) Heimbewohner, deren Antrag abgelehnt worden ist,
  - d) Heimbewohner, die in die Pflegestufe I, II oder III eingestuft worden sind.

Es genügt die Mitteilung an eine als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse; diese stellt die unverzügliche Weiterleitung der Mitteilung an die übrigen als Vertragsparteien beteiligten Kostenträger sowie an die Landesverbände der Pflegekassen sicher.

(2) Über Beanstandungen der von dem Pflegeheim nach Absatz 1 übermittelten Angaben befinden die Parteien nach § 85 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch mit Mehrheit.

**Artikel 49b**  
**Begrenzung der Vergütung vollstationärer Pflegeeinrichtungen**  
**in den Jahren 1996 bis 1998**

Die nach Artikel 49a während der Übergangszeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1997 geltenden Heimentgelte sowie die für die Zeit nach dem 30. Juni 1996 nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch vereinbarten oder festgesetzten Heimentgelte dürfen in den Jahren 1996, 1997 und 1998 jährlich nicht höher steigen als zwei vom Hundert im Beitrittsgebiet und ein vom Hundert im übrigen Bundesgebiet. In begründeten Einzelfällen, insbesondere um den Nachholbedarf bei der Anpassung der Personalstruktur zu berücksichtigen, kann im Beitrittsgebiet der jährliche Steigerungssatz um bis zu 0,5 vom Hundert erhöht werden. Werden nach dem 31. Dezember 1995 für Einrichtungen oder für Teile von Einrichtungen erstmals Vereinbarungen abgeschlossen, sind als Basis die Vereinbarungen des Jahres 1995 von vergleichbaren Einrichtungen zugrunde zu legen. Wird im Einvernehmen mit dem Träger der Sozialhilfe, mit dem eine Vereinbarung besteht, der Zweck der Einrichtung wesentlich geändert oder werden erhebliche bauliche Investitionen vorgenommen, gilt Satz 2 entsprechend. Werden nach dem 31. Dezember 1995 erstmals unterschiedliche Pflegesätze für einzelne Leistungsbereiche oder Leistungsangebote mit einer Einrichtung vereinbart, dürfen die sich hieraus ergebenden Veränderungen den Rahmen nicht übersteigen, der sich aus einer einheitlichen Veranlagung der Gesamtleistungsangebote nach Satz 1 ergeben würde.

**Artikel 50**  
**Übergangsregelung zum Bundessozialhilfegesetz,**  
**Bundesversorgungsgesetz und Lastenausgleichsgesetz**

(1) Die Regelung in § 69 Abs. 3 Satz 4 des Bundessozialhilfegesetzes, wonach die Geldleistung nach § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zum 31. Dezember 1994 mit 200 Deutsche Mark anzurechnen ist, gilt bis zum 31. März 1995. Satz 1 gilt entsprechend für die Anrechnungsbestimmungen in § 26c Abs. 5 Satz 4 des Bundesversorgungsgesetzes und § 267 Abs. 1 Satz 6 zweiter Halbsatz des Lastenausgleichsgesetzes.

(2) Pflegebedürftige, die für den Monat März 1995 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit gemäß § 269 Abs. 2 in Verbindung mit § 267 Abs. 1, 2 Nr. 2 Buchstabe c des Lastenausgleichsgesetzes bezogen haben, erhalten diese Leistungen abweichend von der Regelung in Artikel 20 Nr. 1 Buchstabe a und b in der am 1. März 1995 zustehenden Höhe weiter, wenn ein nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch gewährtes Pflegegeld oder eine entsprechende Leistung einer privaten Pflegeversicherung auf die in § 13 Abs. 3 Nr. 1 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen ist. Der Anspruch nach Satz 1 besteht jedoch nur, soweit der Gesamtbetrag der wegen Pflegebedürftigkeit gewährten Lei-

stungen öffentlich-rechtlicher Leistungsträger sowie einer privaten Pflegeversicherung im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch den Gesamtbetrag der für den Monat März 1995 gewährten entsprechenden Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit und bei in § 13 Abs. 3 Nr. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fürsorgeleistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung nicht übersteigt. Die Vorschriften des Lastenausgleichsgesetzes über die Berücksichtigung nachträglich eingetretener Änderungen der persönlichen und sachlichen Verhältnisse bleiben unberührt. Die Leistung gemäß den Sätzen 1 und 2 bleibt bei sonstigen Fürsorgeleistungen unberücksichtigt.

(3) Verwaltungsakte, die auf der Grundlage des § 267 Abs. 1 Satz 7 des Lastenausgleichsgesetzes in der am 1. April 1995 geltenden Fassung ergangen sind und nicht den Regelungen in Absatz 2 entsprechen, sind mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen und durch einen neuen Verwaltungsakt mit Wirkung vom 1. April 1995 zu ersetzen.

(4) Der Anspruch nach Absatz 2 steht, soweit die Leistung dem Empfänger von Unterhaltshilfe gewährt worden wäre, nach seinem Tode auf Antrag demjenigen zu, der die Pflege geleistet oder Kosten hierfür getragen hat.

### **Artikel 51** **Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz**

(1) Personen, die am 31. März 1995 Pflegegeld nach § 69 des Bundessozialhilfegesetzes in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung bezogen haben, erhalten dieses Pflegegeld und zusätzlich das bis zum 31. März 1995 nach § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlte Pflegegeld vom Träger der Sozialhilfe nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5.

(2) Voraussetzung für die Leistung nach Absatz 1 ist nicht, daß

1. Pflegebedürftigkeit oder mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder des Bundessozialhilfegesetzes vorliegt, oder
2. bis zum 31. März 1995 Pflegegeld nach § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geleistet wurde.

(3) Bei Festsetzung der Leistung nach Absatz 1 sind die am 31. März 1995 maßgebenden Grundbeträge der Einkommensgrenzen nach den §§ 79 und 81 des Bundessozialhilfegesetzes und die zu diesem Zeitpunkt maßgebenden Beträge der Verordnung zur Durchführung des § 88 Abs. 2 Nr. 8 des Bundessozialhilfegesetzes zugrunde zu legen; im übrigen sind die geltenden Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes anzuwenden.

(4) Die Leistung nach Absatz 1 mindert sich um

1. den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
2. den Wert der Sachleistung nach § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
3. den Wert der Kombinationsleistung nach § 38 oder § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
4. den Betrag des Pflegegeldes nach § 69a des Bundessozialhilfegesetzes und
5. die Kostenübernahme nach § 69b Abs. 1 Satz 2 des Bundessozialhilfegesetzes.

(5) Der Anspruch nach Absatz 1 ruht für die Dauer einer Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung. Er entfällt, wenn

1. die Leistungsvoraussetzungen nach § 69 Bundessozialhilfegesetz in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung nicht mehr vorliegen oder
2. die Dauer der Unterbringung in der Einrichtung zwölf Monate übersteigt.

(6) Verwaltungsakte, die auf der Grundlage des Artikels 51 in der Fassung des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797) ergangen sind und nicht den Regelungen in den Absätzen 1 bis 5 entsprechen, sind mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen und durch einen neuen Verwaltungsakt mit Wirkung vom 1. April 1995 zu ersetzen.

## **Artikel 52**

### **Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet**

(1) Zur zügigen und nachhaltigen Verbesserung der Qualität der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung der Bevölkerung und zur Anpassung an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet gewährt der Bund den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen in den Jahren 1995 bis 2002 Finanzhilfen in Höhe von jährlich 800 Millionen Deutsche Mark, insgesamt 6,4 Milliarden Deutsche Mark, zur Förderung von Investitionen in Pflegeeinrichtungen; im Land Berlin dürfen die Finanzhilfen nur für Maßnahmen im östlichen Teil eingesetzt werden. Die Finanzhilfen dürfen nur dazu verwendet werden, die für den Betrieb von Pflegeeinrichtungen notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen sowie die Erstausrüstung mit den betriebsnotwendigen Wirtschaftsgütern zu finanzieren (Investitionsmaßnahmen).

(2) Die Finanzhilfen des Bundes werden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung den in Absatz 1 genannten Ländern nach ihrer Einwohnerzahl zugewiesen; dabei darf für das Land Berlin nur die Einwohnerzahl im östlichen Teil zugrundegelegt werden. Die Finanzhilfen betragen bis zu 80 vom Hundert der öffentlichen Finanzierung; die Länder stellen sicher, daß wenigstens 20 vom Hundert der öffentlichen Investitionsmittel aus Mitteln des Landes oder der Gemeinden

(Gemeindeverbände) aufgebracht werden. Von einem Land in einem Jahr nicht abgerufene Mittel können in den Folgejahren bei Bedarf abgerufen werden. Das Nähere wird durch eine Verwaltungsvereinbarung nach Artikel 104a Abs. 4 des Grundgesetzes geregelt.

(3) Die Mittel zur Finanzierung der Investitionen werden nach Inkrafttreten der Leistungen zur stationären Pflege wie folgt aufgebracht:

1. vom Bund im Jahr 1996 in Höhe von 400 Millionen Deutsche Mark, in den Jahren 1997 bis 2001 in Höhe von jährlich 800 Millionen Deutsche Mark und im Jahr 2002 in Höhe von 720 Millionen Deutsche Mark,
2. von allen Ländern durch anteilige Kürzungen der Erstattungen des Bundes an die Länder für die Kriegsopferfürsorge in Höhe von 100 Millionen Deutsche Mark im Jahr 1996, in Höhe von jährlich 200 Millionen Deutsche Mark in den Jahren 1997 bis 2001 und im Jahr 2002 in Höhe von 180 Millionen Deutsche Mark; die Aufteilung der auf die Länder entfallenden Kürzungen ist bis zum 31. Dezember 1994 durch eine Verwaltungsvereinbarung zwischen allen Ländern zu regeln.

(4) Die Pflegekassen beteiligen sich an der Finanzierung der Investitionsmaßnahmen nach Absatz 1, indem sie dem Bund im Jahr 1995 einen Betrag von insgesamt 1,1 Milliarden Deutsche Mark überbrückungsweise zur Verfügung stellen. Dieser Betrag wird den Pflegekassen im Jahr 2002 vom Bund in Höhe von 880 Millionen Deutsche Mark und von den Ländern in Höhe von 220 Millionen Deutsche Mark im Wege der Verrechnung mit den Überschüssen, die bis zum Jahr 2002 einschließlich entstehen (Absatz 3), erstattet; für den Länderanteil gilt der nach Absatz 3 Nr. 2 zu vereinbarende Verteilungsschlüssel entsprechend.

(5) Die in Absatz 1 genannten Länder stellen ein- oder mehrjährige Investitionsprogramme auf, erstmals bis spätestens 1. Oktober 1994, und schreiben diese fort. In den Programmen sind insbesondere die Art und Zahl der Vorhaben, die für die Durchführung der Investitionsprogramme erforderlichen Finanzhilfen des Bundes, der Eigenanteil des jeweiligen Landes sowie die von den geförderten Pflegeeinrichtungen eingesetzten Eigen- und Fremdmittel aufzuführen. Die erstmals aufgestellten Programme können auch Maßnahmen enthalten, die nach dem 1. Juni 1994 begonnen wurden. Soweit es um die Sicherstellung der zweckentsprechenden Verwendung der Finanzhilfen geht, ist das Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herzustellen. Die zweckentsprechende Verwendung der Finanzhilfen ist anhand der entsprechenden Unterlagen jährlich in einem vereinfachten Verfahren nachzuweisen.

**Artikel 52a**  
**Durchführungsvorschrift zu Artikel 52**

(1) Der Bund richtet für die Finanzhilfen nach Artikel 52 Verwahrkonten bei den Bundeskassen ein, auf die er die Jahrest ranchen zur eigenen Bewirtschaftung durch die Länder überträgt.

(2) Die Minister und Senatoren der Länder sind ermächtigt, die zuständigen Bundeskassen zur Auszahlung der benötigten Finanzhilfen anzuweisen, sobald die Bundesmittel zur anteiligen Begleichung fälliger Zahlungen benötigt werden. Die Länder leiten die Finanzhilfen unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, an die Letztempfänger weiter.

**Sechster Teil**  
**Überleitungsvorschriften zu Artikel 5 Nr. 5 und zu den Artikeln 53 bis 66**

**Artikel 67**  
**Überleitungsvorschriften**

(1) Ist der Arbeitnehmer im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Artikels 5 Nr. 5 sowie der Artikel 53 bis 66 arbeitsunfähig oder befindet er sich zu diesem Zeitpunkt in einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, bleiben die bisherigen Vorschriften maßgebend, soweit diese günstigere Regelungen enthalten. Entsprechendes gilt, wenn im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Artikels 5 Nr. 5 sowie der Artikel 53 bis 66 ein Verfahren vor den zuständigen Gerichten anhängig ist.

(2) Im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Artikels 5 Nr. 5 sowie der Artikel 53 bis 66 bestehende, von ihren Vorschriften abweichende Vereinbarungen bleiben unberührt, soweit sie nach Artikel 53 § 4 Abs. 4 und § 12 zulässig sind.

(3) Soweit in anderen Bestimmungen auf Vorschriften verwiesen wird oder Bezeichnungen verwendet werden, die durch dieses Gesetz aufgehoben oder geändert werden, treten an ihre Stelle die entsprechenden Vorschriften oder Bezeichnungen dieses Gesetzes.

**Siebter Teil**  
**Schlußvorschriften**

**Artikel 68**  
**Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1995 in Kraft, soweit in den Absätzen 2 bis 4 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Am 1. April 1995 treten folgende Regelungen zur häuslichen Pflege in Kraft: Artikel 1 §§ 36 bis 42, 44 und 45, Artikel 2 Nr. 3 Buchstabe a und b, Artikel 4 Nr. 1, 2, 3 bis 6, 9 und 11 Buchstabe c, Artikel 5 Nr. 2 bis 4, 6, 11 bis 15, 17 bis 20 und 22, Artikel 7, 9 Nr. 1 bis 13 und 15, Artikel 13, 18, 25, 45 und 51.

(3) Am 1. Juli 1996 treten die Regelungen des Artikels 1 § 43 über die vollstationäre Pflege, des Artikels 19 Nr. 6 Buchstabe b und der Artikel 49a und 49b in Kraft.

(4) Am 1. Juni 1994 treten in Kraft: Artikel 1 § 46 Abs. 1, 2, 5 und 6, §§ 47, 52, 53, 93 bis 108, Artikel 5 Nr. 5 und Artikel 43, 46, 52 bis 67.

**III. Artikel 3 bis 5 des Gesetzes zum Inkraftsetzen der  
2. Stufe der Pflegeversicherung (BGBl I S. 718)**

**Artikel 3**  
**Änderung des Bundesbesoldungsgesetzes**

§ 3a des Bundesbesoldungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. September 1994 (BGBl. I S. 2646, 3134, 3367), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 24. Juli 1995 (BGBl. I S. 962) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird gestrichen.
2. Absatz 3 wird Absatz 2.

**Artikel 4**  
**Änderung des Abgeordnetengesetzes**

In § 11 Abs. 3 des Abgeordnetengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Februar 1996 (BGBl. I S. 326) werden die Sätze 3 und 4 gestrichen.

**Artikel 5**  
**Änderung des Europaabgeordnetengesetzes**

In § 9 des Europaabgeordnetengesetzes vom 6. April 1979 (BGBl. I S. 413), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1718) geändert worden ist, werden die Sätze 3 und 4 gestrichen.

**IV. Artikel 3 bis 7 des Ersten Gesetzes zur Änderung des  
Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (BGBl. I S. 830)**

**Artikel 3**  
**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

In § 282 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch das Gesetz vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1987) geändert worden ist, wird Satz 5 gestrichen.

**Artikel 4**  
**Änderung des Bundessozialhilfegesetzes**

Das Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. März 1994 (BGBl. I S. 646), zuletzt geändert durch Artikel 9 Abs. 1 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050), wird wie folgt geändert:

1. § 68 wird wie folgt gefaßt:

**„§ 68**  
**Inhalt**

(1) Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren. Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und Behinderten zu gewähren, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen; für die Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Hilfen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen.

(2) Die Hilfe zur Pflege umfaßt häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege. Der Inhalt der Hilfen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Leistungen; § 28 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

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

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder

Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen,

4. andere Krankheiten oder Behinderungen, infolge derer Personen pflegebedürftig im Sinne des Absatzes 1 sind.

(4) Der Hilfebedarf des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

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

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

(6) Die Verordnung nach § 16 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Verordnung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Vereinbarungen über die Qualitätssicherung nach § 80 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur näheren Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit, des Inhalts der Pflegeleistung, der Unterkunft und Verpflegung und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung der Pflegegelder nach § 69a entsprechende Anwendung.“

2. Dem § 69 wird folgender Satz angefügt:  
„In einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung erhalten Pflegebedürftige keine Hilfen zur häuslichen Pflege.“
3. Dem § 69a wird folgender Absatz angefügt:  
„(5) Der Anspruch auf das Pflegegeld setzt voraus, daß der Pflegebedürftige und die Sorgeberechtigten bei pflegebedürftigen Kindern mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellen. Besteht der Anspruch nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen

anzusetzen. Stellt die Pflegekasse ihre Leistungen nach § 37 Abs. 3 Satz 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ganz oder teilweise ein, entfällt die Leistungspflicht nach den Absätzen 1 bis 4.“

4. In § 69c Abs. 4 werden das Wort „entsprechende“ durch das Wort „zweckentsprechende“ ersetzt und folgender Satz angefügt:  
„Stellt der Pflegebedürftige seine Pflege durch von ihm beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, kann er nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch verwiesen werden; in diesem Fall ist ein nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch geleistetes Pflegegeld vorrangig auf die Leistung nach § 69b Abs. 1 anzurechnen.“

## **Artikel 5** **Änderung des Bundesversorgungsgesetzes**

§ 26c des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1824) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:  
„Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und Behinderten zu gewähren, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen; für die Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Hilfen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen.“
2. Nach Absatz 1 wird folgender neuer Absatz eingefügt:  
„(2) Die Hilfe zur Pflege umfaßt häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege. Der Inhalt der Hilfen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Leistungen; § 28 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
3. Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 3 und 4.
4. Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und wie folgt geändert:  
Nach den Wörtern „Gewöhnliche und“ wird das Wort „regelmäßig“ eingefügt und in Nummer 3 wird nach den Wörtern „Verlassen und“ das Wort „das“ gestrichen.

5. Der bisherige Absatz 5 wird aufgehoben.
6. Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:  
„Die Verordnung nach § 16 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Verordnung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Vereinbarungen über die Qualitätssicherung nach § 80 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur näheren Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit, des Inhalts der Pflegeleistung, der Unterkunft und Verpflegung und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung der Pflegegelder nach Absatz 8 entsprechende Anwendung.“
7. Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:  
„In einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung erhalten Pflegebedürftige keine Hilfen zur häuslichen Pflege.“

#### **Artikel 6 Übergangsregelung zur Bußgeldvorschrift**

Pflegekassen, die auf Grund der bisherigen Zuständigkeitsregelung nach § 112 Abs. 3 in Verbindung mit § 112 Abs. 1 Nr. 1 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ein Bußgeldverfahren eingeleitet haben, bleiben für das weitere Verfahren bis zum Erlaß des Bußgeldbescheides zuständig.

#### **Artikel 7 Medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen**

Der Deutsche Bundestag und der Bundesrat prüfen im Laufe des Jahres 1999, ob und in welchem Umfang die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen ab 1. Januar 2000 von der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind.

## **V. Richtlinien**

- I. Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien)
- II. Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien)

### **Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

(Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi) vom 07.11.1994<sup>1</sup>  
geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995<sup>2</sup>  
und vom 22.08.2001<sup>3</sup>

Der AOK-Bundesverband,  
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,  
der IKK-Bundesverband,  
die See-Krankenkasse,  
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,  
die Bundesknappschaft,  
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und  
der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverbände der Pflegeberufe und der

<sup>1</sup> Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi – vom 07.11.1994 hat das BMA mit Schreiben vom 10. Januar 1995 – Va 1-43 104-1 – gemäß § 17 Abs. 2 Satz 2 SGB XI die Genehmigung erteilt.

<sup>2</sup> Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 21.12.1995 hat das BMA mit Schreiben vom 29. Dezember 1995 – Va 1-43 104-1 – die Genehmigung erteilt.

<sup>3</sup> Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 22.08.2001 hat das BMG mit Schreiben vom 26.09.2001 – 123-43 371 – und vom 13.11.2001 – 123-43 371/3 – die Genehmigung erteilt. Die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien finden mit Wirkung vom 01.01.2002 Anwendung.

Behinderten, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie der Verbände der privaten ambulanten Dienste

aufgrund des § 17 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 07.11.1994 sowie durch Ergänzungsbeschlüsse vom 21.12.1995 und vom 22.08.2001 gemeinsam und einheitlich die nachstehenden Richtlinien zur Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi) beschlossen.

## **1. Allgemeines**

Die Richtlinien bestimmen die Merkmale der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) und die Pflegestufen (§ 15 SGB XI) sowie das Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI). Sie gelten unabhängig davon, ob im häuslichen oder stationären Bereich gepflegt werden soll. Regelmäßig ist die Begutachtung im häuslichen Bereich durchzuführen; dies schließt eine Untersuchung im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung im Rahmen der Begutachtung nicht aus. Bei Versicherten, die Leistungen der vollstationären Pflege beantragt haben und deren Wohnung bereits aufgelöst ist, gelten die Besonderheiten unter Ziffer 6.

Die Richtlinien sind für die Pflegekassen (§ 46 SGB XI) sowie für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) verbindlich (§ 213 SGB V). Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern, insbesondere hinsichtlich der Qualität der zu erbringenden Leistungen, des Personalbedarfs der Pflegeeinrichtungen und der Vergütung sind nicht Gegenstand dieser Richtlinien (vgl. Ziffer 4.1).

## **2. Ziele der Pflege**

Pflegebedürftigkeit ist regelmäßig kein unveränderbarer Zustand, sondern ein Prozess, der durch präventive, therapeutische, bzw. rehabilitative Maßnahmen und durch aktivierende Pflege beeinflussbar ist.

Die aktivierende Pflege soll gemeinsam mit den Rehabilitationsmaßnahmen dem Pflegebedürftigen helfen, trotz seines Hilfebedarfs eine möglichst weit gehende

Selbständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Dabei ist insbesondere anzustreben,

- vorhandene Selbstversorgungsfähigkeiten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,
- dass geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

Pflegekasse, MDK, ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Pflegepersonen sind verpflichtet, geeignete Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele vorzuschlagen, zu veranlassen oder auszuführen.

### **3. Merkmale der Pflegebedürftigkeit**

- 3.1 Nach § 14 SGB XI sind Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Krankheiten oder Behinderungen in diesem Sinne sind
  1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
  2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
  3. Störungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- 3.2 Pflegebedürftigkeit auf Dauer liegt vor, wenn sich die eingeschränkten oder nicht vorhandenen Fähigkeiten der hilfebedürftigen Person zur Ausübung der genannten Verrichtungen voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI nicht (z. B. durch rehabilitative Maßnahmen) wiederherstellen lassen. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist auch gegeben, wenn der Hilfebedarf nur deshalb nicht über sechs Monate hinausgeht, weil die zu erwartende Lebensspanne voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt.
- 3.3 Die Pflegebedürftigkeit muss darauf beruhen, dass die Fähigkeit, bestimmte Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben, eingeschränkt oder nicht vorhanden ist. Maßstab der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit sind daher ausschließlich die Fähigkeiten zur Ausübung dieser Verrichtungen und nicht Art oder Schwere vorliegender Erkrankungen (wie z. B. Krebs oder Aids) oder Schädigungen (wie z. B. Taubheit, Blindheit, Lähmung). Entschei-

dungen in einem anderen Sozialleistungsbereich über das Vorliegen einer Behinderung (z. B. GdB) oder die Gewährung einer Rente haben keine bindende Wirkung für die Pflegekasse und sagen auch nichts aus über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit ist auch dann gegeben, wenn der Pflegebedürftige die Verrichtung zwar motorisch ausüben, jedoch deren Notwendigkeit nicht erkennen oder nicht in sinnvolles zweckgerichtetes Handeln umsetzen kann (z. B. bei Antriebs- und Gedächtnisstörungen, verminderter Orientierung in der Wohnung oder Umgebung, bei Verwechseln oder Nichterkennen vertrauter Personen oder Gegenständen sowie bei Störungen der emotionalen Kontrolle).

- 3.4 Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind allein die im Gesetz genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens; dies gilt gleichermaßen für körperlich und psychisch Kranke sowie körperlich und geistig Behinderte. Maßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist der individuelle Hilfebedarf bei den im Gesetz abschließend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, orientiert an der tatsächlichen Hilfeleistung im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen.

3.4.1 Verrichtungen in diesem Sinne sind

- im Bereich der Körperpflege
  1. das Waschen,
  2. das Duschen,
  3. das Baden,
  4. die Zahnpflege,
  5. das Kämmen,
  6. das Rasieren,
  7. die Darm- oder Blasenentleerung
- im Bereich der Ernährung
  8. das mundgerechte Zubereiten der Nahrung,
  9. die Aufnahme der Nahrung
- im Bereich der Mobilität
  10. Aufstehen und Zu-Bett-Gehen,
  11. An- und Auskleiden,
  12. Gehen,
  13. Stehen,
  14. Treppensteigen,
  15. Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung
  16. das Einkaufen,
  17. das Kochen,

18. das Reinigen der Wohnung,
19. das Spülen,
20. das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung,
21. das Beheizen.

Die Verrichtungen Waschen, Duschen oder Baden umfassen auch das Haarewaschen einschließlich der Haartrocknung. Das Schneiden von Finger- und Fußnägeln sind regelmäßig keine täglich anfallenden Verrichtungen.

- 3.4.2 Die Vor- und Nachbereitung zu den Verrichtungen sind Bestandteil der Hilfen im Sinne der Pflegeversicherung.

Die Hautpflege ist integraler Bestandteil der Körperpflege.

Die Zahnpflege (lfd. Nr. 4) umfasst auch die Reinigung von Zahnersatz und die Mundpflege.

Zur Darm- und Blasenentleerung (lfd. Nr. 7) gehören die Kontrolle des Wasserlassens und Stuhlgangs sowie die Reinigung und Versorgung von künstlich geschaffenen Ausgängen.

Zur mundgerechten Zubereitung und zur Aufnahme der Nahrung (lfd. Nr. 8 und 9) gehören alle Tätigkeiten, die zur unmittelbaren Vorbereitung dienen und die die Aufnahme von fester oder flüssiger Nahrung ermöglichen, wie z. B.

- portions- und temperaturgerechte Vorgabe,
- Umgang mit Besteck.

Zur mundgerechten Zubereitung der Nahrung gehört allein die letzte Maßnahme vor der Nahrungsaufnahme. Notwendige Aufforderungen zur vollständigen Aufnahme der Nahrung in fester und flüssiger Form (Essen und Trinken) sind beim Hilfebedarf zu berücksichtigen, wenn der Pflegebedürftige aufgrund fehlender Einsichtsfähigkeit dazu nicht in der Lage ist.

Das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen (lfd. Nr. 10) umfasst auch die eigenständige Entscheidung, zeitgerecht das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen.

Das Umlagern ist Grundpflege. Alleiniges Umlagern (ohne Zusammenhang mit anderen Verrichtungen der Grundpflege) wird der Verrichtung Aufstehen und Zu-Bett-Gehen zugeordnet.

Das Gehen, Stehen und Treppensteigen (lfd. Nrn. 12, 13, 14) innerhalb der Wohnung ist nur im Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen der Grundpflege zu werten. Zum Stehen zählen auch notwendige Transfers. Das Gehen, Stehen oder Treppensteigen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung wird bei der Hauswirtschaft berücksichtigt.

Beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (lfd. Nr. 15) sind nur solche Maßnahmen außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, die unmit-

telbar für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause notwendig sind und regelmäßig und auf Dauer anfallen und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern. Bei den anzuerkennenden Maßnahmen ist das Gehen, Stehen und Treppensteigen außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, sofern es den oben genannten Zielen dient. Weiterer Hilfebedarf, z. B. die Begleitung zur Bushaltestelle auf dem Weg zu Behindertenwerkstätten, Schulen, Kindergärten oder im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit sowie bei Spaziergängen oder Besuchen von kulturellen Veranstaltungen, bleibt unberücksichtigt.

Das Einkaufen (Ifd. Nr. 16) umfasst z. B. auch

- den Überblick, welche Lebensmittel wo eingekauft werden müssen,
- Kenntnis des Wertes von Geldmünzen und Banknoten,
- Kenntnis der Genieß- bzw. Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Das Kochen (Ifd. Nr. 17) umfasst die gesamte Zubereitung der Nahrung, wie Aufstellen eines Speiseplans (z. B. Zusammenstellung der Diätahrung sowie Berücksichtigung einer konkreten Kalorienzufuhr) für die richtige Ernährung unter Berücksichtigung von Alter und Lebensumständen.

Das Reinigen der Wohnung (Ifd. Nr. 18) beschränkt sich auf den allgemein üblichen Lebensbereich.

Der Begriff Waschen der Wäsche und Kleidung (Ifd. Nr. 20) umfasst die gesamte Pflege der Wäsche und Kleidung (z. B. Bügeln, Ausbessern).

Das Beheizen (Ifd. Nr. 21) umfasst auch die Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials.

### 3.5 Die Hilfe muss in Form

- der Unterstützung bei den pflegerelevanten Verrichtungen des täglichen Lebens,
- der teilweisen oder vollständigen Übernahme dieser Verrichtungen,
- der Beaufsichtigung der Ausführung dieser Verrichtungen oder der Anleitung zur Selbstvornahme

durch die Pflegeperson erforderlich sein. Ziel der Hilfe ist so weit wie möglich die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person. Bei der Beurteilung, ob und gegebenenfalls in welcher Form Hilfe benötigt wird, ist das häusliche und soziale Umfeld des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Ein Hilfebedarf kann nicht deshalb verneint werden, weil sich der Pflegebedürftige tagsüber außerhalb der Wohnung aufhält.

#### 3.5.1 Unterstützung bedeutet, noch vorhandene Fähigkeiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten und zu fördern sowie dem Pflegebedürftigen zu helfen, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu erlernen und nicht vorhandene zu entwickeln (aktivierende Pflege). Dazu gehört auch die Unterstützung bei der richtigen Nutzung der ihm überlassenen Hilfsmittel.

3.5.2 Teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson den Teil der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, den der Pflegebedürftige selbst nicht ausführen kann. Auch die teilweise Übernahme sollte im Sinne der aktivierenden Pflege erbracht werden.

Vollständige Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson alle Verrichtungen selbst ausführt, die der Pflegebedürftige selbst nicht ausführen kann. Auch die vollständige Übernahme sollte im Sinne der aktivierenden Pflege erbracht werden.

3.5.3 Die Hilfeformen der Anleitung und Beaufsichtigung kommen insbesondere bei geistig behinderten, psychisch kranken und geronto-psychiatrisch veränderten Menschen in Betracht. Es ist nur der Hilfebedarf in Form der Anleitung und Beaufsichtigung zu berücksichtigen, der bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlich ist. Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf anregen, lenken oder demonstrieren muss. Bei der Beaufsichtigung steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtungen im Vordergrund, zum anderen die Kontrolle darüber, ob die betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden. Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf, dass die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens nach § 14 Abs. 4 SGB XI in sinnvoller Weise vom Pflegebedürftigen selbst durchgeführt werden. Beaufsichtigung und Anleitung bei diesen Verrichtungen richten sich auch darauf,

- körperliche, psychische und geistige Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten (z. B. Orientierung zur eigenen Person und in der Umgebung),
- Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden (z. B. durch unsachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer),
- Ängste, Reizbarkeit oder Aggressionen abzubauen.

Ein unabhängig von den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlicher allgemeiner Aufsichts- und Betreuungsbedarf (z. B. eines geistig Behinderten) zur Vermeidung einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung ist bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen.

3.5.4 Nicht zum berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf gehören

- Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,
- Maßnahmen zur Durchführung der beruflichen und sozialen (gesellschaftlichen) Eingliederung,
- Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation.

Ebenfalls nicht zum berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf gehören Maßnahmen der Krankenbehandlung und Maßnahmen der Behandlungspflege mit Ausnahme der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Als krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen kommen nur solche Maßnahmen in

Betracht, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer

- untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege sind oder
- zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen.

Dies gilt ungeachtet ihrer eventuellen Zuordnung zur Behandlungspflege nach § 37 SGB V.

Ausgangspunkt für die Bewertung krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen ist der Hilfebedarf bei der jeweiligen Verrichtung der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen stellen für sich allein gesehen keine Verrichtungen des täglichen Lebens dar und können deshalb nur dann berücksichtigt werden, wenn sie bei bestehendem Hilfebedarf bei den Verrichtungen der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI zusätzlich notwendig sind. Nur dann sind krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen im Sinne eines Erschwerungsfaktors bei der Feststellung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfs für die jeweilige Verrichtung zu berücksichtigen.

#### **4. Abgrenzung der Pflegestufen**

- 4.1 Kriterien für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen sind neben den genannten Voraussetzungen die Häufigkeit des Hilfebedarfs, ein zeitlicher Mindestaufwand sowie die Zuordnung der Verrichtungen im Tagesablauf. Geringfügiger oder nur kurzzeitig anfallender Hilfebedarf führt nicht zur Anerkennung einer Pflegestufe. Dies gilt auch, wenn Hilfebedürftigkeit nur bei der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht. Die Festlegung des zeitlichen Mindestpflegeaufwandes in den einzelnen Pflegestufen bedeutet keine Vorgabe für die personelle Besetzung von ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen und lässt keine Rückschlüsse hierauf zu.

4.1.1 Pflegestufe I – Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens eineinhalb Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

- 4.1.2 **Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit**  
Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.  
Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.
- 4.1.3 **Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit**  
Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (Rund-um-die-Uhr).  
Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen müssen.
- 4.2 Pflegebedürftige Kinder sind zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche, altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf. Bei kranken oder behinderten Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf zu berücksichtigen, der sich z. B. als Folge einer angeborenen Erkrankung, einer intensivmedizinischen Behandlung oder einer Operation im Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ergibt und u. a. in häufigen Mahlzeiten oder zusätzlicher Körperpflege bzw. Lagerungsmaßnahmen bestehen kann. Im ersten Lebensjahr liegt Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vor; die Feststellung bedarf einer besonderen Begründung.
- 4.3 Für die Beurteilung, ob die Voraussetzungen des § 36 Abs. 4 SGB XI bzw. des § 43 Abs. 3 SGB XI vorliegen, gelten die Härtefallrichtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI.
- 4.4 Wird vollstationäre Pflege beantragt, ist zusätzlich zu prüfen, ob häusliche oder teilstationäre Pflege z. B. aufgrund des Pflegeumfanges nicht möglich

ist oder wegen der individuellen Lebenssituation nicht in Betracht kommt. Vollstationäre Pflege kann insbesondere erforderlich sein bei

- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen,
- räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen, und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) nicht verbessert werden können.

Beantragt ein Schwerstpflegebedürftiger vollstationäre Pflege, wird die Erforderlichkeit von vollstationärer Pflege wegen Art, Häufigkeit und zeitlichem Umfang des Hilfebedarfs unterstellt.

- 4.5 Werden ausschließlich Leistungen nach § 43 a SGB XI in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe beantragt, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen, reicht die Feststellung, ob die Voraussetzungen der erheblichen Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) erfüllt sind.

## **5. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

- 5.1 Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind bei der Pflegekasse zu beantragen. Die Entscheidung über den Antrag trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK. Weicht die Pflegekasse von der Empfehlung des MDK zum Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und zur Pflegestufe ab, teilt sie dies dem MDK unter Angabe der Gründe mit. Die Feststellung, ob und ggf. in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, ist in angemessenen Abständen zu überprüfen.
- 5.2 Die Pflegekasse veranlasst eine Prüfung durch den MDK, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Dazu übergibt die Pflegekasse nach Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dem MDK den Antrag und so weit vorhanden, weitere für die Begutachtung erforderliche Unterlagen über Vorerkrankungen, Klinikaufenthalte, zur Heil- und Hilfsmittelversorgung, zum behandelnden Arzt und zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V des Versicherten.

- 5.3 Die Pflegekasse klärt den Antragsteller bzw. den Bevollmächtigten oder Betreuer über die Mitwirkungspflichten sowie die Folgen fehlender Mitwirkung auf und fordert ihn auf, dem zuständigen MDK eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften – so weit diese für die Begutachtung erforderlich sind – bei den behandelnden Ärzten, den betreuenden Pflegepersonen und der betreuenden Pflegeeinrichtung zu erteilen.  
Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem MDK die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen (§ 18 Abs. 4 SGB XI).
- 5.4 Der MDK bezieht die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, und die den Versicherten Pflegenden in erforderlichem Umfang in die Vorbereitungen der Begutachtung ein, um Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie zu Art, Umfang und Dauer der Pflege (z. B. bei psychisch Kranken sowie geistig und seelisch Behinderten evtl. vorhandene längerfristige Aufzeichnungen über den Pflegeverlauf) einzuholen. Zusätzlich legen die Pflegeeinrichtungen die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen (insbesondere die Pflegedokumentation) vor und erteilen die im Zusammenhang mit der Begutachtung erforderlichen Auskünfte.
- 5.5 Die Begutachtungen sind durch geschulte und qualifizierte Gutachter durchzuführen. Sie erfolgen durch Ärzte, Pflegefachkräfte und andere Fachkräfte, die der Medizinische Dienst für die Bewältigung des laufenden Arbeitsanfalls vorhält. Der Medizinische Dienst kann zur Bewältigung von Antragsspitzen und zu speziellen gutachterlichen Fragestellungen Ärzte, Pflegefachkräfte oder andere Fachkräfte bei der Erstellung des Gutachtens als externe Kräfte beteiligen. Die Verantwortung für die Begutachtung trägt der Medizinische Dienst auch dann, wenn externe Sachverständige beteiligt waren.  
Als externe Kräfte sind vorrangig Mitarbeiter anderer Gutachterdienste, insbesondere des öffentlichen Gesundheitswesens und der Versorgungsverwaltung oder anderer Sozialleistungsträger zu beauftragen. Sofern ausnahmsweise niedergelassene Ärzte oder Pflegefachkräfte von Sozialstationen, gewerblichen Pflegediensten sowie in der Pflege selbständig Tätige als externe Kräfte beauftragt werden, ist sicherzustellen, dass keine Interessenkollisionen entstehen.  
In allen Phasen des gutachterlichen Verfahrens arbeiten die beteiligten Fachkräfte im Einzelfall eng zusammen.
- 5.6 Der Medizinische Dienst entscheidet im Einzelfall unter Berücksichtigung der ihm vorliegenden Unterlagen und des Schwerpunktes der Begutachtung (Nr. 5.5), welche Gutachter den Besuch im häuslichen Umfeld und/oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus bzw. der stationären Rehabilitationseinrichtung machen. In der Regel ist es ausreichend, dass der

Besuch von einem Gutachter durchgeführt wird. Ein gemeinsamer Besuch von Arzt und Pflegefachkraft kann dann sinnvoll sein, wenn mit einer besonders schwierigen Begutachtungssituation zu rechnen ist. Die bei dem Besuch ermittelten Tatsachen sind so weit erforderlich von den an der Begutachtung beteiligten Gutachtern des Medizinischen Dienstes gemeinsam zu werten und im Gutachten einvernehmlich festzuhalten.

- 5.7 Der MDK prüft im Einzelfall im Rahmen eines angekündigten Besuchs,
- ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Rehabilitation oder andere Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind,
  - ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe vorliegt.
- Ist dies aufgrund eindeutiger Aktenlage festzustellen, kann eine Untersuchung des Antragstellers ausnahmsweise unterbleiben. Sind weitere Feststellungen (z. B. zur pflegerischen Versorgung, Versorgung mit Pflege-/Hilfsmitteln oder zur Verbesserung des Wohnumfeldes) notwendig, sind diese im Rahmen eines Besuchs zu treffen.
- 5.8 Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse in einem Gutachten mit, wofür das im Anhang 4 der Begutachtungs-Richtlinien beigefügte Formular zu verwenden ist. In dem Gutachten ist differenziert zu folgenden Sachverhalten Stellung zu nehmen:
- Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit und Beginn der Pflegebedürftigkeit,
  - Pflegestufe,
  - Prüfung, ob und inwieweit ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (§ 36 Abs. 4 SGB XI, § 43 Abs. 3 SGB XI; vgl. Härtefallrichtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI),
  - Umfang der Pflegetätigkeit (§ 44 SGB XI, § 166 Abs. 2 SGB VI).
- Beantragt der Versicherte vollstationäre Pflege, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist.
- 5.9 Darüber hinaus hat der MDK in einem Empfehlungsteil (individuellen Pflegeplan)
- Aussagen über die im Bereich der pflegerischen Leistungen und im Einzelfall erforderlichen Hilfen,
  - Aussagen über notwendige Hilfsmittel und technische Hilfen (§ 40 SGB XI),
  - Vorschläge für Maßnahmen zur Rehabilitation,
  - Vorschläge für Maßnahmen zur Prävention,
  - Prognosen über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit,
  - Aussagen über die sich im Einzelfall daraus ergebende Notwendigkeit und die Zeitabstände von Wiederholungsbegutachtungen zu machen.

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

- 5.10 Die Pflegekasse teilt dem Versicherten ihre Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe auf der Grundlage der Begutachtung des MDK schriftlich mit.

## **6. Besonderheiten bei vollstationärer Pflege**

- 6.1 Bei Versicherten, die Leistungen der vollstationären Pflege beantragt haben und deren Wohnung bereits aufgelöst ist, sind die Kriterien nach Ziffern 4.1.1 bis 4.1.3 Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dabei ist Maßstab für die Bemessung des zeitlichen Mindestaufwandes in den einzelnen Pflegestufen eine durchschnittliche häusliche Wohnsituation. Die Begutachtung im vollstationären Bereich ist durch Gutachter durchzuführen, die bereits über ausreichende Erfahrungen im ambulanten Bereich verfügen.
- 6.2 Bei pflegebedürftigen Versicherten, die bereits vor dem 01.04.1996 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung lebten, wird die Notwendigkeit der vollstationären Pflege unterstellt.

## **7. Widerspruchsverfahren**

Wird im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung erforderlich, erhält der MDK den Begutachtungsauftrag zusammen mit einer Kopie des Widerspruchsschreibens. Aufgrund dieser Unterlagen haben zunächst die Erstgutachter zu beurteilen, ob sie aufgrund neuer Aspekte zu einem anderen Ergebnis als im Erstgutachten kommen.

Revidieren die Erstgutachter ihre Entscheidung nicht, ist das Zweitgutachten von einem anderen Arzt und/oder einer anderen Pflegefachkraft zu erstellen. Die Zweitbegutachtung hat ebenfalls in häuslicher Umgebung bzw. der vollstationären Pflegeeinrichtung stattzufinden, es sei denn, dass in dem Erstgutachten die Pflegesituation ausreichend dargestellt wurde. Dies ist im Zweitgutachten unter Würdigung des Widerspruchs detailliert zu begründen. Bei der Zweitbegutachtung ist die zwischenzeitliche Entwicklung zu würdigen, der Zeitpunkt eventueller Änderungen der Pflegesituation gegenüber dem Erstgutachten zu benennen und gegebenenfalls auf die jeweilige Begründung des Widerspruchs einzugehen. Bei der Bearbeitung von Widersprüchen Behinderter oder psychisch Kranker kann es zur ganzheitli-

chen Beurteilung der Pflegesituation erforderlich sein, andere Fachkräfte, z. B. aus dem Bereich der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie, zu beteiligen.

Das Ergebnis ist der Pflegekasse mitzuteilen.

### **8. Wiederholungsbegutachtung**

- 8.1 Die Begutachtung des Pflegebedürftigen ist in angemessenen Abständen zu wiederholen. Die Pflegekasse veranlasst eine erneute Begutachtung in Anlehnung an die Empfehlung des MDK, es sei denn, der Pflegekasse wird eine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation bekannt. Ein Wechsel zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege stellt keine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation dar.
- 8.2 Beantragt der Pflegebedürftige eine Höherstufung bei bereits vorliegender Anerkennung der Pflegebedürftigkeit, entspricht das Verfahren dem bei einem Neuantrag.
- 8.3 So weit die Pflegekasse, z. B. aufgrund des Pflegeeinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI, Hinweise erhält, dass die häusliche Pflege nicht mehr in geeigneter Weise sichergestellt ist, kommt eine erneute Begutachtung durch den MDK in Betracht.

**Richtlinien\***  
**der Spitzenverbände der Pflegekassen**  
**zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem**  
**XI. Buch des Sozialgesetzbuches**

**(Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 21.03.1997<sup>1) 2) 3) 4)</sup>**  
**in der Fassung vom 22.08.2001<sup>5)</sup>**

Der AOK-Bundesverband,  
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,  
der IKK-Bundesverband,  
die See-Krankenkasse,  
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,  
die Bundesknappschaft,  
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und  
der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverbände der Pflegeberufe und der Behinderten, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie der Verbände der privaten ambulanten Dienste

aufgrund der §§ 17, 53a Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB XI  
in Verbindung mit § 213 SGB V

am 21.03.1997 gemeinsam und einheitlich die nachstehenden Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) beschlossen. Diese Richtlinien ersetzen die Begutachtungsanleitung „Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“, die die Spitzenverbände am 29.05.1995 als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V a. F. beschlossen hatten.

Mit den Begutachtungs-Richtlinien verfolgen die Spitzenverbände das Ziel, auf der Basis der bisherigen Erfahrungen mit dem Begutachtungsgeschehen noch stärker als in der Vergangenheit bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten. Künftig sollen unterschiedliche Begutachtungsergebnisse nur noch auf der Individualität des Pflegebedürftigen und seiner Pflegesituation beruhen. Mit dieser Überarbeitung sowie mit den in Abschnitt E beschriebenen bundesweiten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Gewährleistung von Grundsätzen einer systematischen Fort- und Weiterbildung der Gutachter soll ein weiterer Beitrag zu einer hohen Qualität der für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Gutachten der Medizinischen Dienste geleistet werden.

Die Regelungen der Begutachtungs-Richtlinien werden auch in Zukunft an Erkenntnisse, insbesondere der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Rechtsprechung anzupassen sein. Dies gilt vor allem für das mit den Qualitätssicherungsmaßnahmen zu betretende Neuland. Die Spitzenverbände sehen in den dazu getroffenen Regelungen einen ersten Schritt, dem zügig präzisere und umfassendere Qualitätssicherungs-Richtlinien nach § 53 a Nr. 4 und 5 SGB XI folgen sollen.

- 
- 1) Den BRi in der Fassung vom 21.03.1997 haben das BMA und das BMG mit Schreiben vom 02.05.1997 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53 a SGB XI unter Maßgaben – u. a. Anwendung der Zeitorientierungswerte befristet bis 31.12.1999 – die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt. Den entsprechend den Maßgaben geänderten BRi hat das Gremium nach § 213 SGB V am 26.05.1997 zugestimmt und die BRi mit Wirkung vom 01.06.1997 in Kraft gesetzt.
  - 2) Dem gestrafften Formulargutachten hat das BMG mit Schreiben vom 24.09.1999 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt.
  - 3) Der weiteren Anwendung der Zeitorientierungswerte für 1 Jahr (bis 31.12.2000) hat das BMG mit Schreiben vom 14.01.2000 gem. § 17 Abs. 2 SGB XI und § 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt.
  - 4) Der weiteren Anwendung der Zeitorientierungswerte für 2 Jahre (bis 31.12.2002) hat das BMG mit Schreiben vom 31.01.2001 gem. § 17 Abs. 2 SGB XI und § 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt.
  - 5) Den BRi in der Fassung vom 22.08.2001 hat das BMG mit Schreiben vom 26.09.2001 und vom 13.11.2001 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt. Die BRi finden mit Wirkung vom 01.01.2002 Anwendung.
- 
- <sup>\*)</sup> Die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Begutachtungsrichtlinien – sind gegen Erstattung der Portokosten beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Lützowstraße 53 in 45141 Essen oder als Download (pdf-Datei) unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de) erhältlich.

## Impressum

### **Herausgeber:**

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
11017 Berlin  
[www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de)

**Stand:** Februar 2003 (pf)

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Bestell-Nr.: A 501

Telefon: 0180/51 51 51 0 (0,12 EUR/Min.)

Telefax: 0180/51 51 51 1 (0,12 EUR/Min.)

Schriftlich: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Referat Information, Publikation, Redaktion

Postfach 500, 53105 Bonn, E-Mail: [info@bmgs.bund.de](mailto:info@bmgs.bund.de)

Internet: [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de)

Schreibtelefon/Fax für Gehörlose und Hörgeschädigte:

Schreibtelefon: 0800/111 000 5 (zum Nulltarif)

Telefax: 0800/111 000 1 (zum Nulltarif)

E-Mail: [info.gehoerlos@bmgs.bund.de](mailto:info.gehoerlos@bmgs.bund.de) / [info.deaf@bmgs.bund.de](mailto:info.deaf@bmgs.bund.de)

### **Titelblattgestaltung:**

Maria Grammatikopoulos, Kommunikationsdesign / [www.grammatiks.de](http://www.grammatiks.de)

### **Gestaltung:**

Gratzfeld Werbeagentur GmbH, Wesseling

### **Satztechnische Überarbeitung:**

Grafischer Bereich des BMGS, Bonn

### **Druck:**

Ebner & Spiegel, Ulm

Gedruckt auf 100% Recyclingpapier