



Tarif PV mit Tarfstufen PVN und PVB (KV351_202401)

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2024) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Inhaltsverzeichnis

Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

1. Häusliche Pflege
2. Pflegegeld
3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
6. Kurzzeitpflege
7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen
8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag
12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung
13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen
15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Pflegehilfsmittelverzeichnis

Anhang

Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 % der nach den Nummern 1 - 15 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i. V. m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV - siehe Anhang) für

1. Beihilfeberechtigte 50 %
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 %
3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 % zusteht, 30 %
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 %
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 %

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1 - 15 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfavorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41,00 EUR aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 - 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 761,00 EUR
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.432,00 EUR
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.778,00 EUR,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.200,00 EUR

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 90 SGB XI (siehe Anhang) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustandekommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 % der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) 332,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- b) 573,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- c) 765,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- d) 947,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet. Wurde für die beratende Stelle noch kein solcher Betrag vereinbart, werden für die Beratung in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.



3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu

1.612,00 EUR

je Kalenderjahr erstattet.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.

In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen des Versicherers den Betrag des Pflegegeldes nach Nr. 2.1 des Tarifs PV für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Satz 1 abweichend von Satz 9, 10 sowie Satz 8 und Satz 4 in Verbindung mit Satz 9, 10 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 i.V.m. Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV angerechnet.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu

806,00 EUR

auf insgesamt bis zu

2.418,00 EUR

im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d. h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PV).

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu

100 %

erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von zehn % der Aufwendungen, höchstens jedoch 25,00 EUR je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu

40,00 EUR

je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf

4.000,00 EUR

je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu

16.000,00 EUR

berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

a) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu 689,00 EUR

b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu 1.298,00 EUR

c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu 1.612,00 EUR,

d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu 1.995,00 EUR

erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person zu und von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege, sowie die Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflege-satzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustandekommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 % der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von

1.774,00 EUR

pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 4 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 % gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612,00 EUR auf insgesamt bis zu 3.386,00 EUR im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d. h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV).

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal

a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von 770,00 EUR je Kalendermonat,

b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von 1.262,00 EUR je Kalendermonat,

c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von 1.775,00 EUR je Kalendermonat,



- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5
in Höhe von 2005,00 EUR je Kalendermonat

erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens 266,00 EUR je Kalendermonat, abgegolten. Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von
2.952,00 EUR.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 125,00 EUR je Kalendermonat erstattet.

Nr. 5 Satz 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,

- a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 15 Prozent,
- b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 30 Prozent,
- c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 50 Prozent,
- d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 75 Prozent

ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezogen worden sind, berücksichtigt. In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 SGB VI (siehe Anhang) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, dem Pflegegrad und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegefähigkeit.

Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) (siehe Anhang).

In Tarifstufe PVB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.2 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) richtet sich nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang).

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang) gezahlt.

Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamten-Krankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang) gezahlt. Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Abs. 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang) gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 EUR täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zahlungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Soweit der Versicherte die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenversicherern durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses, der von einer anderen vom Versicherten beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.

11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
- d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang)

werden bis zu

125,00 EUR

monatlich erstattet. Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.



12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Abs. 2a beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung

70,00 EUR.

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt

214,00 EUR.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000,00 EUR durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber

2.500,00 EUR.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen zusammen bis zu insgesamt 50 Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.

Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.

In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

Der Anspruch umfasst bei Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimtentgelts nach § 42a Abs. 5 Satz 2, 3, 4 SGB XI (siehe Anhang) und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimtentgelts.

Der Anspruch umfasst auch die erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 Abs. 23 und 24 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Pflegehilfsmittelverzeichnis

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Stand: 1. Januar 2024

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

1.1 Pflegebetten

- Pflegebetten, manuell verstellbar
- Pflegebetten, motorisch höhenverstellbar
- Kinder-/Kleinwüchsigigenpflegebetten
- Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit
- Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion
- Niedrigpflegebetten

1.2 Pflegebettzubehör

- Bettverlängerungen
- Bettverkürzungen
- Bettaufrichter (Bettgalgen)
- sonstige Aufrichthilfen
- Bettseitenteile (Seitengitter)
- Fixiersysteme für Personen
- Seitenpolster für Pflegebetten

1.3 Bettzurichtungen zur Pflege erleichterung

- Einlegerahmen
- Einlegerahmen mit Sitz-/Schwenkfunktion
- Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit

1.4 Spezielle Pflegebettische

- Pflegebettische
- Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte

1.5 Sitzhilfen zur Pflege erleichterung

- Sitzhilfe bei Chorea Huntington

1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung

- Rollstühle mit Sitzkantelung

1.7 Lagekorrekturhilfen für Bettlaken

- Elektromotorische Lakenaufzugsvorrichtungen

Hilfsmittel*:

1.8 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung

- Lifter, fahrbar

1.9 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert

- Wandlifter

1.10 Zubehör für Lifter

- Zubehör für Lifter

1.11 Umsetz- und Hebehilfen

- Drehscheiben
- Positionswechselhilfen
- Umlager-/Wendehilfen
- Rutschbretter
- Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett

Innenraum und Außenbereich

1.12 Schieberollstühle

- Schieberollstühle

Treppen

1.13 Treppenfahrzeuge

- Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)
- Treppenraupen

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene

2.1 Produkte zur Hygiene im Bett

- Bettpfannen
- Urinflaschen
- Urinschiffchen
- Urinflaschenhalter
- Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar

2.2 Waschsysteme

- Kopfwaschsysteme
- Ganzkörperwaschsysteme

Hilfsmittel*:

2.3 Badewannenlifter

- Badewannenlifter, mobil



2.4 Badewanneneinsätze

- Badeliegen

2.5 Badewannensitze

- Badewannenbretter
- Badewannensitze ohne Rückenlehne
- Badewannensitze mit Rückenlehne
- Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar

2.6 Duschkhilfen

- Duschsitze, an der Wand montiert
- Duschhocker
- Duschstühle
- Duschliegen
- Fahrbare Duschliegen
- Duschstühle für Kinder und Jugendliche

2.7 Toilettensitze

- Toilettensitzerhöhungen
- Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar
- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen
- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar
- Toilettensitze für Kinder und Jugendliche

2.8 Toilettenstützgestelle

- Toilettenstützgestelle
- Toilettenstützgestelle

2.9 Toilettenstühle

- Feststehende Toilettenstühle
- Toilettenstühle für Kinder und Jugendliche
- Toilettenstühle für Kinder

2.10 Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen

- Badewannengriffe, mobil
- Stützgriffe für Waschbecken und Toilette
- Boden-Deckenstangen

2.11 Dusch-/Toilettenrollstühle

- Dusch-/Toilettenschieberollstühle
- Dusch-/Toilettenschieberollstühle, verstärkte Ausführung
- Dusch-/Toilettenschieberollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit
- Dusch-/Toilettenschieberollstühle für Kinder und Jugendliche
- Dusch-/Toilettenschieberollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit

2.12 Toilettenrollstühle

- Toilettenrollstühle
- Toilettenrollstühle, verstärkte Ausführung
- Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit
- Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche
- Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit

2.13 Duschrollstühle

- Dusch-Schieberollstühle
- Dusch-Schieberollstühle, verstärkte Ausführung
- Duschrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit
- Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche
- Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit

3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität

3.1 Notrufsysteme

- Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale

3.2 Zubehör für Hausnotrufsysteme

- Alarmsender

3.3 Pflegehilfsmittel zur Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten

- Pflegehilfsmittel zur örtlichen Orientierung
- Pflegehilfsmittel zur zeitlichen Orientierung
- Erinnerungshilfen für wesentliche Ereignisse
- Produkte zum Erkennen von Risiken und Gefahren

3.4 Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

- Produkte zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme
- Produkte zur Messung und Deutung von Körperzuständen

Hilfsmittel*:

3.5 Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung

- Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen

3.6 Gehhilfen

- Gehgestelle
- Reziproke Gehgestelle
- Gehgestelle mit zwei Rollen
- Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok)
- Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

4.1 Lagerungsrollen

- Lagerungsrollen
- Lagerungshalbrollen

Hilfsmittel*:

4.2 Lagerungskeile

- Lagerungskeile bis zu 10/20/30/über 30 cm

4.3 Sitzhilfen zur Vorbeugung

- Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien

4.4 Liegehilfen zur Vorbeugung

- Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien
- Schaummatratzen mit einteiliger Liegefläche
- Schaummatratzen mit unterteilter Liegefläche
- Schaummatratzen mit austauschbaren Elementen
- Schaummatratzen mit integrierter Freilagerung

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

5.1 Saugende Bettschutzeinlagen

- Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch

5.2 Schutzbekleidung

- Fingerlinge
- Einmalhandschuhe
- Medizinische Gesichtsmaske
- Schutzhürzen
- Schutzservietten um Einmalgebrauch
- Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)

5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- Desinfektionsmittel

Hilfsmittel*:

5.4 Saugende Inkontinenzvorlagen

- Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung
- Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung
- Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung
- Rechteckvorlagen, normale Saugleistung
- Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung
- Vorlagen für Urininkontinenz

5.5 Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen

- Fixierhosen Größe 1/Fixierhosen Größe 2

5.6 Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)

- Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen

5.7 Externe Urinalableiter

- Urinal-Kondome/Rolltrichter

5.8 Urin-Beinbeutel

- Beinbeutel mit Ablauf, unsteril
- Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril

5.9 Urin-Bettbeutel

- Bettbeutel mit Ablauf, unsteril
- Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril

5.10 Zubehör für Auffangbeutel

- Bettbeutel, ohne Ablauf, unsteril
- Haltebänder für Urinbeutel
- Halterungen/Taschen für Urinbeutel
- Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel

Hilfsmittel*:

Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.



Anhang

Information für den Versicherungsnehmer

Dieser Anhang enthält die in den AVB aufgeführten Bestimmungen aus folgenden Gesetzen:

Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) Arbeitsförderung (SGB III)
Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)
Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Gesetz zur sozialen Absicherung der Pflegebedürftigkeit (SGB XI)
Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (BBhV)
Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)
Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG)

Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) Arbeitsförderung (SGB III)

§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
2. Personen, die nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes, des § 58b des Soldatengesetzes oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,
3. (aufgehoben)
- 3a. (aufgehoben)
4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind,
5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie

1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,
2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen,
 - 2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen,
 - 2b. von einer Pflegekasse, einem privaten Versicherungsunternehmen, der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn Pflegeunterstützungsgeld beziehen oder
3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,

wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.

(2a) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen, wenn sie

1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat, und

2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommenssteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommenssteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden.

Satz 1 gilt nur für Kinder

1. der oder des Erziehenden
2. seiner nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin oder ihres nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder
3. ihrer nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartnerin oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners.

Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).

(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2a und 2b ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung oder Pflege Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

(4) (aufgehoben)

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,
3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße
4. 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, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,
5. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Ar-



beitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,

5a. die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird Krankengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch gezahlt, gilt Nummer 5

5b. die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

6. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223, Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,

6a. die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

6b. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,

8. die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitragsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitragsgebiet liegt.

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,

2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,

3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,

4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,

5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:

- Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,
- Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder
- eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

5a. für Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,

6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,

6a. für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,

6b. für Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Bezieherinnen oder Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen

a) von der Pflegekasse, wenn die oder der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,

b) vom privaten Versicherungsunternehmen, wenn die oder der Pflegebedürftige in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist,

c) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn die oder der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist;

die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt.

7. für Personen, die als Bezieherinnen oder Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,

8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,

9. (weggefallen)

10. für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) und eine

a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von der Pflegekasse,

b) in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,

c) pflegebedürftige Person pflegen, die wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

(1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.

(2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.

(3) Die Beiträge für Personen, die Sozialleistungen beziehen, sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.

(4) Die Beiträge für Personen, die Krankentagegeld beziehen, sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, dass der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.

(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

(4b) Die Beiträge für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Absatz 4a Satz 2 gilt entsprechend.



(5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4b sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Die Zah-

lung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegefähigkeit geleistet oder das Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, Abs. 2

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8 und Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

§ 232b Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches beziehen, gelten 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahmen.

(2) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 erhalten bleibt, gelten § 226 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sowie die §§ 228 bis 231 entsprechend. Die Einnahmen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 unterliegen höchstens in dem Umfang der Beitragspflicht, in dem zuletzt vor dem Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes Beitragspflicht bestand. Für freiwillige Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.

§ 249c Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, getragen

1. bei Personen, die einen in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und der Pflegekasse je zur Hälfte,
2. bei Personen, die einen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherungspflichtigen Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen je zur Hälfte,
3. bei Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von den Versicherten zur Hälfte und von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen jeweils anteilig,

im Übrigen von der Pflegekasse, dem privaten Versicherungsunternehmen oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen. Die Beiträge werden von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen allein oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem

privaten Versicherungsunternehmen getragen, wenn das dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt 450 EUR nicht übersteigt.

§ 252 Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch.

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.

(2a) Die Pflegekassen zahlen für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 1 und 3. Die privaten Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherrn zahlen die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 2 und 3; der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und die Dienstherrn vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und Satz 2 des Vierten Buches entsprechend.

(2b) (weggefallen)

(3) Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung, Beiträge nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. Innerhalb der gleichen Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.

(4) Für die Haftung der Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28r Abs. 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.

(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 28n und 28p des Vierten Buches nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie die Aufforderung zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50.000 EUR für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbinden.

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),

1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,

2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,

2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren,

3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,

3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Trä-



ger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,

4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen 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 selbstständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weiter erhalten oder Leistungen für Selbstständige nach § 13a des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 137 Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld

bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die Leistungen an Nichtselbstständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zu Grunde liegt,

1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zu Grunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,

2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld oder Verletztengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205,00 EUR,

2b. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Lan-

desebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

2f. bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,

4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Absatz 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,

4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,

4b. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

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

1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches

a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer des Elften Buches

a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht

3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches

a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

b) 36,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 5 Absatz 3 Satz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches

a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.



Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzustellen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes, Beziehern von Arbeitslosengeld II und für Kindererziehungszeiten vom Bund,

2. bei Personen, die

a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zu Grunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,

b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,

c) Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,

d) für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,

e) Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen

aa) von der Pflegekasse, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,

bb) von dem privaten Versicherungsunternehmen, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei ist,

cc) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander; die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt; Doppelbuchstabe cc gilt entsprechend,

3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,

4. bei Entwicklungshelfern, bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, oder bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen von den antragstellenden Stellen,

5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,

6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen

a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,

b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,

c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) Bezieher von Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

§ 173 Grundsatz

Die Beiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, von denjenigen, die sie zu tragen haben (Beitragsschuldner), unmittelbar an die Träger der Rentenversicherung zu zahlen.

§ 176 Beitragszahlung und Abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen, bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen

(1) Soweit Personen, die Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld beziehen, an den Beiträgen zur Rentenversicherung beteiligt sind, zahlen die Leistungsträger die Beiträge an die Träger der Rentenversicherung. Als Leistungsträger gelten bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld auch private Versicherungsunternehmen, Festsetzungsstellen für die Beihilfe und Dienstherrn. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

(2) Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen können die Leistungsträger und die Deutsche Rentenversicherung Bund durch Vereinbarung regeln. Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld gilt § 176a entsprechend.

(3) Ist ein Träger der Rentenversicherung Träger der Rehabilitation, gelten die Beiträge als gezahlt. Satz 1 gilt entsprechend bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen.

§ 191 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

Eine Meldung nach § 28a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches haben zu erstatten

1. für Seelotsen die Lotsenbrüderschaften,

2. für Personen, für die Beiträge aus Sozialleistungen zu zahlen sind, die Leistungsträger und für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die soziale oder private Pflegeversicherung,

3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, die zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten,

4. für Entwicklungshelfer oder sonstige im Ausland beschäftigte Personen die antragstellenden Stellen.

§ 28a Abs. 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Gesetz zur sozialen Absicherung der Pflegebedürftigkeit (SGB XI)

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen, Abs. 3

(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 § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.



§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit, Abs. 1 und 4

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

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

§ 71 Pflegeeinrichtungen, Absatz 4

(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

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

§ 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung, Abs. 1 und 3

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen Vergütungsbetrag sowie technische und vertragliche Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a Absatz 4. Die Vereinbarungen gelten ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. Kommt innerhalb der Frist nach Satz 1 keine Einigung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 des Fünften Buches mit der Maßgabe, dass an die Stelle der zwei Vertreter der Krankenkassen zwei Vertreter der Pflegekassen und an die Stelle der zwei Vertreter der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zwei Vertreter der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen treten. An den Sitzungen der Schiedsstelle können anstelle der Vertreter der Patientorganisationen nach § 140f des Fünften Buches Vertreter der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 beratend teilnehmen. Der Hersteller übermittelt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorbereitung der Verhandlungen unverzüglich

1. den Nachweis nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und
2. die Angaben zur Höhe des tatsächlichen Preises bei Abgabe an Selbstzahler und in anderen europäischen Ländern.

Die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen kostenfreien und auf drei Monate beschränkten Zugang zu den digitalen Pflegeanwendungen zur Verfügung.

(3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein barrierefreies Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. § 139e Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

§ 84 Bemessungsgrundsätze, Abs. 8 und 9

(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

(9) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfspersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

§ 85 Pflegesatzverfahren, Abs. 8 und 9

(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.



(9) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt,
- a) das über eine abgeschlossene, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr verfügt, oder
- b) das berufsbegleitend eine Ausbildung im Sinne von Buchstabe a begonnen hat oder
- c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege beginnen wird, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen "Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege" (BANZ AT 17.02.2016 B3) erfüllt, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,
2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalenten, für den Pflegesatzzeitraum finanziert werden,
3. notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine Ausbildung im Sinne von Nummer 1 Buchstabe b oder c durchläuft, finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden,
4. die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und
5. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht.

Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung, Absatz 1

(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten 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 Absatz 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.

Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (BBhV)

§ 46 Bemessung der Beihilfe, Abs. 2 und 3

(2) Soweit Absatz 3 nichts anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für

1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren Beihilfeberechtigten nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer oder einem Beihilfeberechtigten nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Beihilfeberechtigte, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag vor Beginn der Elternzeit zustand. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

§ 9 Betriebshilfe

(1) Nach § 2 versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer erhalten anstelle von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld Betriebshilfe nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Betriebshilfe wird während der Krankenhausbehandlung des landwirtschaftlichen Unternehmers oder während einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, § 24, § 40 Abs. 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, wenn in dem Unternehmen keine Arbeitnehmer und keine versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden. Betriebshilfe wird für längstens drei Monate gewährt, soweit die Satzung nicht längere Zeiten vorsieht.

(3) Die Satzung kann bestimmen, dass Betriebshilfe während einer Krankheit auch gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

(3a) Die Satzung kann bestimmen, dass anstelle von Mutterschaftsgeld Betriebshilfe während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung, nach Mehrlings- und Frühgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung, gewährt wird, wenn die

Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen ist § 6 Absatz 1 Satz 2 des Mutterschutzgesetzes entsprechend anzuwenden.

(4) Die Satzung kann die Betriebshilfe erstrecken auf

1. den Ehegatten oder den Lebenspartner des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,
 2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen,
 3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt werden.
- (5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.



§ 48a Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen die Beiträge.

(2) Bei freiwilligen Mitgliedern, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, zur Hälfte vom Versicherten getragen. Die andere Hälfte dieser Beiträge tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen.

§ 49 Zahlung der Beiträge

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtige Beziehende von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

(2) Die Beiträge werden in den Fällen des § 48a Absatz 2 durch die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe gezahlt.

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG)

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder auf Grund einer Vereinbarung ergibt. Ein Anspruch der Beschäftigten auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld richtet sich nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3 Pflegezeit und sonstige Freistellungen

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Enthält die Ankündigung keine eindeutige Festlegung, ob die oder der Beschäftigte Pflegezeit oder Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen will, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit. Beansprucht die oder der Beschäftigte nach der Pflegezeit Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen, muss sich die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. In diesem Fall soll die oder der Beschäftigte möglichst frühzeitig erklären, ob sie oder er Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen wird; abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 1 des Familienpflegezeitgesetzes muss die Ankündigung spätestens drei Monate vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen. Wird Pflegezeit nach einer Familienpflegezeit oder einer Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch genommen, ist die Pflegezeit in unmittelbarem Anschluss an die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zu beanspruchen und abweichend von Satz 1 dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor Beginn der Pflegezeit schriftlich anzukündigen.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

(5) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. Die Inanspruchnahme dieser Freistellung ist jederzeit im Wechsel mit der Freistellung nach Absatz 1 im Rahmen der Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 möglich. Absatz 1 Satz 2 und die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend. Beschäftigte können diesen Anspruch wahlweise statt des Anspruchs auf Pflegezeit nach Absatz 1 geltend machen.

(6) Beschäftigte sind zur Begleitung eines nahen Angehörigen von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn dieser an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Beschäftigte haben diese gegenüber dem Arbeitgeber durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 gelten entsprechend. § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(7) Ein Anspruch auf Förderung richtet sich nach den §§ 3, 4, 5 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie den §§ 6 bis 10 des Familienpflegezeitgesetzes.