

VEREINBARUNG

zwischen

dem **GKV-Spitzenverband**¹, Berlin

dem **Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.**, Köln

und

dem **Bundesversicherungsamt**, Bonn

nach § 45c Abs. 8 S. 2 SGB XI und § 45d SGB XI

vom

16.12.2016²

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 SGB XI.

² Diese Vereinbarung löst die Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. sowie des Bundesversicherungsamtes nach § 45c Abs. 7 S. 2 SGB XI vom 16.12.2014 ab.

Vorbemerkungen

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (PfLEG) zum 1. Januar 2002 wurde u.a. § 45c SGB XI neu eingefügt, der die Bereitstellung von Fördermitteln für den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie für die Förderung von bestimmten Modellvorhaben zur Verbesserung der Betreuungs- und Versorgungssituation Pflegebedürftiger regelt (BGBl. 2001 Teil I, S. 3728).

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (BGBl 2008 Teil I, S. 874) wurden mit Wirkung zum 1. Juli 2008 u.a. die zur Verfügung stehenden Fördermittel nach § 45c SGB XI erhöht und die Fördermöglichkeiten erweitert sowie die Möglichkeit der Übertragbarkeit der Mittel eingeführt.

Durch das Pflege-Neuausrichtungs- Gesetz vom 23. Oktober 2012 (BGBl. 2012 Teil I, S. 2246ff.) wurde u.a. § 45d SGB XI neugefasst und ein eigener Fördertopf für die Förderung von Selbsthilfegruppen eingefügt.

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (BGBl 2014 Teil I, S. 2222) wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2015 die Förderung auf die neu eingefügten niedrigschwelligen Entlastungsleistungen ausgeweitet (vgl. § 45b SGB XI).

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (BGBl. 2014 Teil I, S. 2424) wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2016 die §§ 45c und 45d SGB XI neu gegliedert. Auch wurden der § 45a SGB XI mit Auswirkung auf § 45c Abs. 1 SGB XI neu formuliert und die bisherigen „niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote“ umbenannt in „Angebote zur Unterstützung im Alltag“. Des Weiteren wurde als weiterer Fördertatbestand die Förderung regionaler Netzwerke durch die Pflegekassen nach § 45c Abs. 9 i. V. m. § 45c Abs. 1 S. 3 und 4 SGB XI eingeführt.

Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz wurde aufbauend auf den Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege mit Wirkung zum 1. Januar 2017 diesen die Möglichkeit eröffnet, sich an Fördermaßnahmen gemäß § 45c Abs. 1 SGB XI nicht nur mit Geldzahlungen, sondern auch in Form von Personal- oder Sachmitteln zu beteiligen. Des Weiteren wurde eine erweiterte Übertragungsmöglichkeit nicht ausgeschöpfter Mittel in das übernächste Kalenderjahr eingeführt. Schließlich wurde für die Förderung von regionalen Netzwerken nach § 45c Abs. 9 SGB XI ein eigenständiges Budget eingeführt.

Gemäß § 45c Abs. 8 S. 2 SGB XI regeln der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und das Bundesversicherungsamt die Modalitäten der Auszahlung der Fördermittel sowie der Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen in der nachfolgenden Vereinbarung.

Inhaltsübersicht

§ 1 Höhe der Fördermittel

§ 2 Zahlung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen

§ 3 Voraussetzungen für die Auszahlung

§ 4 Zahlungsverfahren

§ 5 Verwendung der Fördermittel/Prüfung der Verwendungsnachweise

§ 6 Rückforderungen/Rückerstattungen

§ 7 Evaluation/Qualitätssicherung

§ 8 Jahresübersicht

§ 9 Übertragbarkeit der Fördermittel

§ 10 Inkrafttreten/Kündigung/Bekanntmachung

Anlage

§ 1 Höhe der Fördermittel

- (1) Für die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen stehen nach § 45c Abs. 1 S. 1 SGB XI insgesamt 25 Mio. EUR im Kalenderjahr zur Verfügung.
- (2) Für die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d S. 1 SGB XI steht je Versicherten ein Betrag von 0,10 Euro je Kalenderjahr zur Verfügung. Der Gesamtbetrag ergibt sich, in dem die Gesamtzahl der Versicherten (Versicherte der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich derjenigen der privaten Pflegepflichtversicherung) zum 31. Dezember des vorletzten Jahres vor dem Jahr, für das das Budget ermittelt wird, mit dem Betrag nach Satz 1 multipliziert wird. Die Berechnung erfolgt durch das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.. Ansonsten sind die Vorgaben des § 45c SGB XI und das dortige Verfahren entsprechend anzuwenden.
- (3) Für die Förderung von regionalen Netzwerken nach § 45c Abs. 9 SGB XI steht gemäß § 45c Abs. 1 S. 3 ein eigenständiges Budget in Höhe von 10 Mio. EUR im Kalenderjahr zur Verfügung. Dabei sind die Vorgaben des § 45c SGB XI zu beachten. § 45c Abs. 2 und Abs. 6 SGB XI finden keine Anwendung.
- (4) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Förderung nach den Absätzen 1 und 3 mit insgesamt zehn vom Hundert des jeweiligen Fördervolumens. Der restliche Betrag ist aus den Mitteln des Ausgleichsfonds aufzubringen.

§ 2 Zahlung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen

- (1) Die jeweiligen Finanzierungsanteile, die auf die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, entfallen, werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. an den Ausgleichsfonds gezahlt. Dazu teilt das Bundesversicherungsamt dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. bis zum 15. Februar die jeweiligen Finanzmittelbestände am Ende des abgelaufenen Jahres sowie den in das Folgejahr übertragbaren Anteil mit und beziffert den jeweils zu zahlenden Finanzierungsanteil für das laufende Kalenderjahr.

Der Finanzierungsanteil nach § 1 Abs. 1 beträgt zehn vom Hundert der Differenz zwischen 25 Mio. EUR und dem um den übertragbaren Anteil reduzierten Finanzmittelbestand des Vorjahres, höchstens jedoch 2,5 Mio. EUR. Im Vorjahr nicht ausgezahlte oder zurückgeflossene (§ 6 Abs. 1) Fördermittel einschließlich angefallener Zinsen erhöhen den Finanzmittelbestand.

Der Finanzierungsanteil nach § 1 Abs. 2 beträgt zehn vom Hundert des jeweiligen Jahresbudgets.

Der Finanzierungsanteil nach § 1 Abs. 3 beträgt zehn vom Hundert von 10 Mio. EUR. Es gelten die §§ 8 und 9 dieser Vereinbarung.

Die Finanzierungsanteile werden innerhalb von einem Monat nach Zugang der Mitteilung beim Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. fällig und sind auf eines der gesondert vereinbarten Konten des Ausgleichsfonds zu zahlen.

- (2) Nach § 45c Abs. 1 S. 4 SGB XI in das direkte Folgejahr übertragene Mittel nach § 45c Abs. 1 S. 3 SGB XI, die in das dann folgende Jahr übertragen werden (§ 9 Abs. 2 dieser Vereinbarung), bleiben bei der Berechnung des entsprechenden Finanzierungsanteils zunächst unberücksichtigt. Der am Ende des auf das direkte Folgejahr folgenden Jahres verbleibende Finanzierungsanteil ist bei der folgenden Jahresmitteilung jedoch wieder als Zuführungsbetrag zu berücksichtigen.
- (3) Der Zinsanspruch für eine verspätete Zahlung des Finanzierungsanteils ist nach § 247 Bürgerliches Gesetzbuch – BGB zu berechnen und innerhalb eines Monats nach Zugang der Forderung des Bundesversicherungsamtes an den Ausgleichsfonds zu überweisen.
- (4) Die Finanzierungsanteile der privaten Versicherungsunternehmen werden zusammen mit den übrigen nach § 45c Abs. 1 S 1 und 3 SGB XI sowie § 45d SGB XI vom Ausgleichsfonds bereitzustellenden Fördermitteln verwaltet und unter Beachtung der Verfügbarkeit kurzfristig angelegt.

§ 3 Voraussetzungen für die Auszahlung

- (1) Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. haben gemäß § 45c Abs. 7 SGB XI Empfehlungen zur Vergabe der Fördermittel vereinbart („Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe, Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 7 SGB XI i. V. m. § 45d SGB XI vom 24.07.2002 sowie zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI“ in der jeweils geltenden Fassung), im folgenden „Empfehlungen nach § 45c Abs. 7 SGB XI“ genannt, beschlossen.
- (2) Gemäß § 45c Abs. 7 S. 5 SGB XI sind die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnungen das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen. In diesen Rechtsverordnungen beziehungsweise gleichgerichteten Landesregelungen ist jeweils eine zuständige Stelle benannt, die über die Förderung der einzelnen Vorhaben und die Höhe der im Einzelfall zu beantragenden Fördermittel entscheidet. Diese Stelle hat das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. herzustellen.

- (3) Die Fördermittel gemäß § 45c Abs. 1 S. 1 SGB XI sowie § 45d SGB XI werden ausschließlich ergänzend als Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung zu einer Landes- beziehungsweise kommunalen Förderung gewährt (Kofinanzierung). Die Kofinanzierung gilt nicht für die Mittel nach § 45c Abs. 9 SGB XI (regionale Netzwerke).
- (4) Die Kommunen können sich auch in Form von Personal- oder Sachmitteln an der Förderung beteiligen, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Die beantragende Kommune hat dies gegenüber den anderen Fördergebern nachzuweisen. Zur Vermeidung von Streitfällen ist vorab Einvernehmen mit allen im Einzelfall beteiligten Fördergebern herzustellen über die Bewertung der kommunalen Anteile und über die Feststellung, dass diese ausschließlich der unmittelbaren Erreichung des Förderzwecks dienen. Absatz 2 gilt entsprechend.
- (5) Die Mittel sind von der zuständigen Stelle des Landes beziehungsweise der Gebietskörperschaft nach Absatz 2 beim Bundesversicherungsamt (Referat 314) anzufordern. Dies gilt auch hinsichtlich der Anforderung von ratenweisen Zahlungsbeträgen für länger laufende Projekte. Erteilen die Landesverbände der Pflegekassen selbst den Bescheid über die Mittelvergabe der Pflegeversicherung, fordern sie beim Bundesversicherungsamt den bewilligten Anteil an.

Im Falle der Förderung von regionalen Netzwerken erteilen ausschließlich die Landesverbände der Pflegekassen nach vorheriger Herstellung des Einvernehmens mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und unter Beteiligung des Kreises oder der kreisfreien Stadt den Förderbescheid und fordern den Betrag beim Bundesversicherungsamt an.

- (6) Die Mittelanforderung enthält Angaben über
 1. das im Einzelfall zu fördernde Vorhaben mit kurzer Inhaltsbeschreibung;
 2. die Höhe der vom Land für das konkrete Vorhaben verbindlich zugesagten Fördermittel bzw. der durch Mittel der Kommune oder der Arbeitsförderung substituierten Komplementärmittel des Landes durch Beifügung eines Abdruckes des Förderbescheides des Landes, der Kommune oder der Arbeitsförderung; im Falle der Förderung regionaler Netzwerke die Höhe der von den Landesverbänden der Pflegekassen zugesagten Fördermittel
 3. die Höhe der aus dem Ausgleichsfonds für das Vorhaben beantragten und auszahlenden Fördermittel durch Übersendung eines Abdruckes der Herstellung des Einvernehmens mit den beziehungsweise zwischen den zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
 4. den Empfänger, an den die Mittel zu leisten sind sowie
 5. ein aktuelles Konto (mit SEPA-Angaben), auf das die beantragten Fördermittel zu überweisen sind

Mittelanforderungen sind ausschließlich papiergebunden an das Bundesversicherungsamt zu richten. Die ausschließliche Anforderung per E-Mail ist nicht möglich.

Hinsichtlich der Angaben nach Ziffer 1 bis 5 ist es unerlässlich, dass das Bundesversicherungsamt zeitnah über die jeweils aktuell gültigen Daten verfügt.

Eine Bearbeitung von Anträgen auf Auszahlung durch das Bundesversicherungsamt kann grundsätzlich nur nach Vorlage vollständiger Antragsunterlagen erfolgen. Zur Vermeidung von Zahlungsverzögerungen infolge vermeidbarer Rückfragen sollen daher die zuständigen Stellen oder Landesverbände der Pflegekassen unbedingt auf Vollständigkeit der Antragsunterlagen achten.

- (7) Im Rahmen der Anforderung von Fördermitteln ist dem Bundesversicherungsamt (Referat 314) vorab per Fax oder elektronisch zur Kenntnisnahme eine kurze Aufstellung bezüglich der betreffenden Träger / Projekte und der relevanten Förderbeträge zu übersenden.

Diese Verfahrensweise dient vor allem vor dem Hintergrund möglicher postalischer Fehlleitungen der Sicherstellung eines möglichst reibungslosen Verfahrens bezüglich der Übersendung der Mittelabrufe durch die dafür zuständigen Stellen und der weiteren im Bundesversicherungsamt erfolgenden Verfahrensschritte.

- (8) Bei der Verwendung von Sammelanforderungen (§ 4 Abs. 2 dieser Vereinbarung) ist ein Deckblatt voranzustellen mit kurzer Auflistung der beigefügten Einzelanträge sowie mit Angabe des Gesamtbetrages (Kontrollsumme).

- (9) Das Bundesversicherungsamt wird ermächtigt, im Einvernehmen mit den mittelanfordernden Stellen (zuständige Stellen in den Ländern und Landesverbände der Pflegekassen) das Antragsverfahren zu vereinheitlichen und einheitliche Vorgaben zur Antragstellung – zum Beispiel online – zu machen. Über den Startzeitpunkt setzt sich das Bundesversicherungsamt mit den für die Mittelanforderung zuständigen Stellen in Verbindung. Ein solches Verfahren ersetzt jedoch nicht die Notwendigkeit der Einreichung papiergebundener Belege. Beim Start des einheitlichen Antragsverfahrens wird dieses im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. zur Anlage dieser Vereinbarung.

§ 4 Auszahlungsverfahren

- (1) Die angeforderten Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds einschließlich des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen werden auf das nach § 3 Abs. 5 dieser Vereinbarung zu benennende Konto überwiesen. Der vom Bundesversicherungsamt auszuzahlende Betrag ist dabei auf den Anteil, der nach dem zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres geltenden Königsteiner Schlüssel auf das beantragende Land entfällt, begrenzt.

- (2) Zur Verfahrensvereinfachung und -beschleunigung sollen die für die Mittelanforderung zuständigen Stellen in den Ländern von der Möglichkeit einer Sammelanforderung von Mitteln Gebrauch machen und gemeinsam mit ihrem Anteil den gesamten Förderbetrag in einer Summe an die jeweiligen Zuwendungsempfänger überweisen. Dies gilt entsprechend für die Landesverbände der Pflegekassen.
- (3) Die Bereitstellung des gesamten Jahresbudgets eines Landes gemäß des Königsteiner Schlüssels gemäß Absatz 1 zur selbständigen Bewirtschaftung durch die jeweils zuständige Stelle ist ausgeschlossen.
- (4) Das Bundesversicherungsamt nimmt die Bearbeitung der eingehenden Auszahlungsanträge in der Reihenfolge des Eingangs vor und erteilt den Banken des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung die Aufträge zur Überweisung der Beträge auf die von den zuständigen Stellen angegebenen Konten. Die zeitliche Terminierung liegt dabei im Ermessen des Bundesversicherungsamtes.
- (5) Anschließend teilt das Bundesversicherungsamt der zuständigen Stelle i. S. v. § 3 Abs. 2 dieser Vereinbarung die Höhe der aus dem Ausgleichsfonds bewilligten Fördermittel mit. Nach Erhalt der Zahlungsmitteilung seitens des Bundesversicherungsamtes haben die zuständigen Stellen in den Ländern einen Abgleich mit den ihnen vorliegenden Unterlagen hinsichtlich Richtigkeit und Vollständigkeit der ausgezahlten Förderbeträge vorzunehmen. Hierzu gehört vor allem bei Sammelanträgen die Überprüfung der Kontrollsumme (§ 3 Abs. 8).
- (6) Das Bundesversicherungsamt hat die Rechnungsbelege nach den geltenden Aufbewahrungsvorschriften zu sammeln und die geleisteten und erhaltenen Beträge nachzuweisen.

§ 5 Verwendung der Fördermittel/Prüfung der Verwendungsnachweise

- (1) Die Fördermittel nach § 45c Abs. 1 S. 1 SGB XI sind zweckgebunden ausschließlich für die Förderung der in § 45c Abs. 3 bis 5 und 9 genannten Vorhaben zu verwenden. Die Fördermittel nach § 45c Abs. 1 S. 3 SGB XI sind ausschließlich für die Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI zu verwenden. Für die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI sind ausschließlich die Fördermittel nach § 45d S. 1 SGB XI zu verwenden.
- (2) Die mittelanfordernden zuständigen Stellen sowie die Landesverbände der Pflegekassen übernehmen mit der Entscheidung über die Förderung der Vorhaben und der Anforderung der Fördermittel beim Bundesversicherungsamt die maßgebliche Verantwortung für eine sachgerechte und zeitnahe Verwendung der ausgezahlten Fördermittel.

Das Bundesversicherungsamt überprüft lediglich, ob die formalen gesetzlichen Bestimmungen zur Höhe der Fördermittel insgesamt und bezogen auf das Land sowie die nach dieser Vereinbarung genannten Anforderungen eingehalten werden.

- (3) Die diese Vereinbarung schließenden Parteien gehen davon aus, dass die vorstehend genannten zuständigen Stellen der Länder bzw. die Landesverbände der Pflegekassen die in Ziffer I 6 der „Empfehlungen nach § 45c Abs. 7 SGB XI“ (§ 3 Abs. 1 dieser Vereinbarung) genannten Verwendungsnachweise zeitnah, vollständig und unter Beachtung der einschlägigen haushaltsrechtlichen Anforderungen prüfen (vgl. hierzu die VerwV zu § 44 BHO; entsprechende Regelungen finden sich in den Haushaltsordnungen der Länder).

Die Ergebnisse der Verwendungsnachweisprüfungen sind statistisch zu erfassen und zu Nachfragezwecken zu archivieren.

§ 6 Rückforderungen/Rückerstattungen

- (1) Die nach § 4 dieser Vereinbarung ausgezahlten, aber nicht verwendeten oder nach Überprüfung durch die zuständigen Landesbehörden bzw. durch die Landesverbände der Pflegekassen zurückgeforderten Fördermittel sind an den Ausgleichsfonds zurückzuzahlen und stehen im laufenden Kalenderjahr für Förderzwecke zur Verfügung, soweit das Fördervolumen nach § 1 dieser Vereinbarung nicht überschritten wird.

Der von den vorgenannten Stellen zu erlassende Rückforderungsbescheid umfasst dabei auch den an den Ausgleichsfonds zurück zu erstattenden Anteil unter ausdrücklicher Nennung des Kontos des Bundesversicherungsamtes, auf das die Träger diesen Teilbetrag der Erstattung zu überweisen haben.

Das Bundesversicherungsamt überwacht den Zahlungseingang und informiert die zuständigen Landesbehörden beziehungsweise die Landesverbände der Pflegekassen über den fristgerechten Eingang der Zahlung, die gegebenenfalls das erforderliche Mahn- und Vollstreckungsverfahren (§ 19 Abs. 2 VwVG) durchführen nebst der Festsetzung von Säumniszuschlägen und Verzugszinsen.

- (2) Bei der Geltendmachung von Rückforderungen ist dem Bundesversicherungsamt in jedem Fall zeitnah der entsprechende schriftliche Bescheid mit Angabe von ursprünglichem Förderbetrag und auf den Ausgleichsfonds entfallendem anteiligem Rückzahlungsbetrag durch die dafür zuständige Stelle zu übermitteln.
- (3) Bei Zahlung von Rückerstattungsbeträgen sind zu Buchungszwecken zwingend weitere Angaben erforderlich (vgl. Anlage dieser Vereinbarung).

§ 7 Evaluation/Qualitätssicherung

- (1) Die diese Vereinbarung schließenden Parteien gehen davon aus, dass das gemäß § 45c Abs. 3 S. 2 SGB XI vor einer Förderungszusage für Angebote zur Unterstützung im Alltag vorgeschriebene „Konzept zur Qualitätssicherung“ von den zuständigen Stellen der Länder einer intensiven und kontinuierlichen Prüfung unterliegt
- (2) Gleiches gilt für die nach § 45c Abs. 5 S. 5 SGB XI vorgeschriebene „wissenschaftliche Begleitung und Auswertung“. Deren Ergebnisse sind zu dokumentieren und für Nachfragezwecke zu archivieren.

§ 8 Jahresübersicht

Das Bundesversicherungsamt stellt dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. nach Ablauf des Kalenderjahres bis zum 15. Februar des Folgejahres eine Übersicht über die in den einzelnen Ländern geförderten Vorhaben und die Höhe der jeweils gezahlten Fördermittel aus der sozialen und der privaten Pflegeversicherung in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 9 Übertragbarkeit der Fördermittel

- (1) Fördermittel im Sinne von § 1 Abs. 1 und 2 dieser Vereinbarung, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, werden in das direkte Folgejahr übertragen und stehen in diesem als Erstes für Förderzwecke zur Verfügung. Sodann werden die Mittel aufgezehrt, die nach § 2 Abs. 2 im Sinne des § 45c Abs. 1 S. 4 SGB XI übertragen wurden. Erst nach der Aufzehrung der jeweils übertragenen Mittel aus dem Vorjahr erfolgt eine Förderung aus dem Budget des laufenden Jahres. Nicht im Folgejahr aufgezehrte Mittel können nicht erneut in das dann folgende Jahr übertragen werden. Für die Mittel nach § Abs.1 gilt im Übrigen Absatz 2.
- (2) Übertragene Fördermittel nach § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung, die am Ende des direkten Folgejahres nicht in Anspruch genommen wurden, können nach § 45c Abs. 6 S. 3 SGB XI für Projekte, für die bis zum 30. April des auf das direkte Folgejahr folgenden Jahres mindestens Art, Region und geplante Förderhöhe benannt werden, von den Ländern beantragt werden. Satz 1 gilt nur für Länder, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel nach Abs. 1 S. 1 mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben. Das Nähere hierzu regelt § 45c Abs. 6 S. 4 SGB XI.

- (3) Bei der Ermittlung der Quote nach § 45c Abs. 6 S. 3 SGB XI in Höhe von 80 Prozent werden die gemäß Absatz 1 aus dem Vorvorjahr übertragenen Mittel angerechnet.
- (4) Am Ende eines Kalenderjahres nicht ausgeschöpfte Mittel aus dem Budget für regionale Netzwerke gemäß § 45c Abs. 1 S. 3 SGB XI werden nicht übertragen, sondern erhöhen den Förderbetrag nach § 45c Abs. 1 S. 1 SGB XI. Für diesen Erhöhungsbetrag gilt § 2 Abs. 2 dieser Vereinbarung.
- (5) Infolge der zusätzlichen Regelungen zur doppelten Übertragbarkeit nach § 45c Abs. 6 S. 3 SGB XI und zum Fördervolumen für regionale Netzwerke nach § 45c Abs. 1 S. 3 SGB XI speist sich der Fördertopf aus vier Untergruppen: (1) Originäre Fördermittel des aktuellen Kalenderjahres, (2) Übertragene Mittel aus dem Vorjahr, (3) Übertragene Mittel aus dem Vorvorjahr sowie (4) übertragene Mittel aus dem Vorjahr aus Fördermitteln für regionale Netzwerke.
- (6) Das Bundesversicherungsamt integriert Übersichten hierzu in seine Jahresübersicht gemäß § 8.
- (7) Der – unter Berücksichtigung der Übertragbarkeiten nicht in Anspruch genommener Mittel in das Folgejahr – nicht innerhalb des Kalenderjahres verwendete Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen wird mit der Forderung des Bundesversicherungsamtes für das Folgejahr verrechnet (§ 2 Abs. 1 dieser Vereinbarung).

§ 10 Inkrafttreten/Kündigung/Bekanntmachung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung in der Fassung vom 16.12.2014.

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und das Bundesversicherungsamt werden in regelmäßigen Abständen prüfen, inwieweit eine Anpassung der Vereinbarung erforderlich ist.

- (2) Die Vereinbarung kann mit sechsmonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Sie bleibt in Kraft, bis eine andere sie ersetzende Vereinbarung in Kraft tritt.

Die jeweils aktuelle Fassung der Vereinbarung wird seitens des GKV-Spitzenverbandes den einzelnen Landesverbänden zur Kenntnisnahme übermittelt.

Salvatorische Klausel

Sind einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam, so berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Regelungen der Vereinbarung nicht. Die Parteien werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahe kommt.

Anlage:

Rückerstattungen überzahlter Fördergelder nach §§ 45c und d SGB XI an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung

Informationen für die zuständigen Stellen (Länder, Kommunen oder Landesverbände der Pflegekassen) bzw. für die Projektträger:

Bankverbindung: Sonderkonto Pflegeversicherung des
Bundesversicherungsamtes
Konto-Nr.: 37001037
BLZ: 370 000 00
Institut: Deutsche Bundesbank
SEPA :
IBAN DE11 3700 0000 0037 0010 37 / BIC MARKDEF1370

Verwendungszweck: Angebote zur Unterstützung im Alltag
(§ 45c Abs. 3 SGB XI)
- Rückzahlung Kto. 4800 .. (.. = Länderkürzel)
(Bsp.: 4800 82 Hamburg)
- Bezeichnung Träger bzw. Projekt
- Förderjahr

Angebote des Ehrenamts in der Pflege (§ 45c Abs. 2 SGB XI)
- Rückzahlung Kto. 4801 .. (.. = Länderkürzel)
(Bsp.: 4801 92 Brandenburg)
- Bezeichnung Träger bzw. Projekt
- Förderjahr

Angebote der Selbsthilfe in der Pflege (§ 45d SGB XI)
- Rückzahlung Kto. 4802 .. (.. = Länderkürzel)
(Bsp.: 4802 94 Sachsen)
- Bezeichnung Träger bzw. Projekt
- Förderjahr

Modellvorhaben (§ 45c Abs. 5 SGB XI)
- Rückzahlung Kto. 4810 .. (.. = Länderkürzel)
(Bsp.: 4810 86 Hessen)
- Bezeichnung Träger bzw. Projekt
- Förderjahr

Modellvorhaben des Ehrenamts in der Pflege
(§ 45c Abs. 4 SGB XI)
– Rückzahlung Kto. 4811 .. (.. = Länderkürzel)
(Bsp.: 4811 86 Hessen)
– Bezeichnung Träger bzw. Projekt
– Förderjahr

Modellvorhaben der Selbsthilfe in der Pflege
(§ 45d SGB XI)
– Rückzahlung Kto. 4812 .. (.. = Länderkürzel)
(Bsp.: 4812 96 Thüringen)
– Bezeichnung Träger bzw. Projekt
– Förderjahr

Regionale Netzwerke
(§ 45c Abs. 9 SGB XI)
– Rückzahlung Kto. 4815 .. (.. = Länderkürzel)
(Bsp. 4815 82 Hamburg)
– Bezeichnung Kreis / kreisfreie Stadt
– Förderjahr

Auflistung der Länderkürzel für Rückerstattungen:

81: Schleswig-Holstein
82: Hamburg
83: Niedersachsen
84: Bremen
85: Nordrhein-.Westfalen
86: Hessen
87: Rheinland-Pfalz
88: Baden-Württemberg
89: Bayern
90: Saarland
91: Berlin
92: Brandenburg
93: Mecklenburg-Vorpommern
94: Sachsen
95: Sachsen-Anhalt
96: Thüringen