

VEREINBARUNG

zwischen

dem GKV–Spitzenverband¹, Berlin

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln

und

dem Bundesamt für Soziale Sicherung, Bonn

nach § 45c Absatz 8 Satz 2 SGB XI und § 45d SGB XI

vom

08.04.2020²

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 Absatz 7 S. 2 SGB XI vom 16.12.2016 ab

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Vorbemerkungen | 3 |
| § 1 Höhe der Fördermittel | 5 |
| § 2 Zahlung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen . | 5 |
| § 3 Voraussetzungen für die Auszahlung | 6 |
| § 4 Auszahlungsverfahren | 9 |
| § 5 Verwendung der Fördermittel/Prüfung der Verwendungsnachweise | 10 |
| § 6 Rückforderungen/Rückerstattungen | 10 |
| § 7 Evaluation/Qualitätssicherung | 11 |
| § 8 Jahresübersicht | 11 |
| § 9 Übertragbarkeit der Fördermittel | 11 |
| § 10 Mitteilung der Höhe der Fördergelder | 12 |
| § 11 Inkrafttreten/Kündigung/Bekanntmachung | 13 |
| Salvatorische Klausel | 13 |

Vorbemerkungen

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (PfIEG) zum 1. Januar 2002 wurde u.a. § 45c SGB XI neu eingefügt, der die Bereitstellung von Fördermitteln für den Auf- und Ausbau von niedrighschwelligen 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-Neuausrichtungsgesetz 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 niedrighschwelligen Entlastungsleistungen ausgeweitet (vgl. § 45b SGB XI).

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (BGBl. 2015 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 Absatz 1 SGB XI neu formuliert und die bisherigen „niedrighschwelligen 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 Absatz 9 i. V. m. § 45c Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB XI eingeführt.

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (BGBl. 2016 Teil I, S. 3191) 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 Absatz 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 Absatz 9 SGB XI ein eigenständiges Budget eingeführt.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (BGBl. 2018, Teil I, S. 2394) wurden die für die Finanzierung der Förderung nach § 45d SGB XI insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel von 0,10 EUR pro Versicherten auf 0,15 EUR pro Versicherten erhöht, der Kofinanzierungsanteil der Pflegeversicherung von 50% auf 75% erhöht sowie als Davon-Betrag ein Anteil in Höhe von 0,01 Euro pro Versicherten für Gründungszuschüsse für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in die alleinige Förderung durch die Pflegeversicherung gestellt (BGBl. I 2018 Teil I, S. 2418). Die Fördermittel unterliegen zudem erweiterten Übertragungsmöglichkeiten. Für die Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstel-

len werden Fördermittel in Höhe von 0,01 EUR je Versicherten aus den in das Folgejahr übertragenen und nicht in Anspruch genommenen Fördermittel nach § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 SGB XI verwendet. Die Förderung erfolgt alleinig durch die Pflegeversicherung (zu 100 Prozent).

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

§ 1 Höhe der Fördermittel

- (1) Für die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen stehen nach § 45c Absatz 1 Satz 1 SGB XI insgesamt 25 Mio. EUR im Kalenderjahr zur Verfügung.
- (2) Für die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d Satz 1 SGB XI steht je Versicherten ein Betrag von 0,15 EUR je Kalenderjahr zur Verfügung. Der Gesamtbetrag ergibt sich, in dem die Gesamtzahl der Versicherten (Versicherte der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich derjenigen der privaten Pflegepflichtversicherung) zum 1. Dezember des letzten Jahres vor dem Jahr, für das das Budget ermittelt wird, mit dem Betrag nach Satz 1 multipliziert wird. Als Davon-Betrag errechnet sich ein Teil in Höhe von 0,01 EUR pro Versicherten für die Förderung des Zuschusses von Neugründungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Für die Fördermittel bestehen spezielle Übertragungs- und Finanzierungsgrundlagen gemäß § 45d Satz 5 SGB XI. Für die Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen werden Fördermittel aus den nach § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 SGB XI in das Folgejahr übertragenen und nicht in Anspruch genommenen Fördermittel in Höhe von 0,01 EUR je Versicherten errechnet. Die Berechnung erfolgt durch das Bundesamt für Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Im Übrigen sind die Vorgaben des § 45c und d SGB XI und das dortige Verfahren entsprechend anzuwenden.
- (3) Für die Förderung von regionalen Netzwerken nach § 45c Absatz 9 SGB XI steht gemäß § 45c Absatz 1 Satz 3 SGB XI ein eigenständiges Budget in Höhe von 10 Mio. EUR im Kalenderjahr zur Verfügung. Dabei sind die Vorgaben des § 45c SGB XI zu beachten. § 45c Absatz 2 und Absatz 6 SGB XI finden keine Anwendung.
- (4) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Förderung nach den Absätzen 1 bis 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 nach § 1, die auf die privaten Versicherungsunternehmen entfallen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. ab dem Kalenderjahr 2019 jährlich nachschüssig an den Ausgleichsfonds gezahlt. Sie betragen
 - a) zehn vom Hundert der einschließlich aller Übertragungen zur Verfügung stehenden Fördermittel für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45c SGB XI
 - b) zehn vom Hundert der inklusive aller Übertragungen zur Verfügung stehenden Mittel für die Selbsthilfe nach 45d SGB XI
 - c) zehn vom Hundert der für die Förderung von regionalen Netzwerken zur Verfügung stehenden Mitteln nach § 45c Absatz 9 SGB XI.

Hinzu kommt für alle Finanzierungsanteile jeweils ein auf der Basis des von der Deutschen Bundesbank bekanntgegebenen monatsdurchschnittlichen Ein-Monats-Euribor berechneter Zinsanteil. Das gilt auch bei einer inversen Zinsstruktur. Eine Zuschreibung negativer Zinsen erfolgt jedoch nicht.

- (2) Die die Zahlungspflicht des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. auslösende Mitteilung der Finanzierungsanteile nach Absatz 1 erfolgt ab dem Jahr 2020 jeweils bis zum 31. März des Folgejahres. Eine nach einzelnen Förderzwecken und Ländern aufgeschlüsselte Übersicht sowie eine Mitteilung sämtlicher sich ergebender Übertragungen erhält der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. bis zum 31. März des Folgejahres.
- (3) Die Finanzierungsanteile werden innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung beim Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. fällig und sind auf eines in der Anforderung genannten Konten des Ausgleichsfonds zu zahlen.
- (4) Leistet der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. nicht innerhalb der nach Absatz 3 bestimmten Frist, gerät er ohne weitere Mahnung in Verzug; während des Verzuges ist der vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds geltend gemachte Zahlungsanspruch mit zwei vom Hundert über dem Basiszinssatz nach § 247 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zu verzinsen.

§ 3 Voraussetzungen für die Auszahlung

- (1) Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. haben gemäß § 45c Absatz 7 SGB XI Empfehlungen zur Vergabe der Fördermittel beschlossen („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 Absatz 7 SGB XI i. V. m. § 45d SGB XI sowie zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Absatz 9 SGB XI“ vom 24.07.2002 in der jeweils geltenden Fassung), im folgenden „Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 SGB XI“ genannt.
- (2) Gemäß § 45c Absatz 7 Satz 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 (nachfolgend „zuständige Stelle“ genannt), 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 Absatz 1 Satz 1 SGB XI werden ausschließlich ergänzend als hälftiger Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung zu einer Landesbeziehungsweise kommunalen Förderung gewährt (Kofinanzierung). Eine die Fördermittel nach § 45c Absatz 9 SGB XI (regionale Netzwerke) ergänzende Kofinanzierung erfolgt nicht.

Für die Förderung nach § 45d Satz 1 SGB XI beträgt die Förderung seitens der Pflegeversicherung 75% des Gesamtbetrages. Für die Finanzierung der Gründungszuschüsse und für neue bundesweite Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen erfolgt zu 100% durch die Pflegeversicherung.

- (4) Bei einer Kofinanzierung durch die Kommunen können sich diese 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 nach Absatz 2 beim Bundesamt für Soziale Sicherung (Referat 314) anzufordern. Dies gilt auch hinsichtlich der gesondert vorzunehmenden Anforderung der jeweiligen ratenweisen Zahlbeträge für länger laufende Projekte. Erteilen die Landesverbände der Pflegekassen selbst den Bescheid über die Mittelvergabe der Pflegeversicherung, fordern sie beim Bundesamt für Soziale Sicherung den bewilligten Anteil an. Im Falle der Förderung von regionalen Netzwerken nach § 45c Absatz 9 SGB XI erteilen ausschließlich die Landesverbände der Pflegekassen bzw. 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 Bundesamt für Soziale Sicherung an.

Bei einer Förderung der Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach § 45d Satz 3 SGB XI und der Förderung bundesweiter Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach § 45d Satz 7 SGB XI erteilt ausschließlich der GKV-Spitzenverband nach vorheriger Herstellung des Einvernehmens mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. den Förderbescheid und fordert den Betrag beim Bundesamt für Soziale Sicherung 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;
 3. die Höhe der aus dem Ausgleichsfonds für das Vorhaben beantragten und auszuzahlenden Fördermittel durch Übersendung eines Abdruckes der Herstellung des Einvernehmens
 - a) zwischen den zuständigen Stellen und den zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

- b) im Fall der Förderung regionaler Netzwerke zwischen den zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen bzw. Pflegekassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
 - c) im Falle der Förderung des Gründungszuschusses bzw. der bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zwischen dem GKV-Spitzenverband und 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
- (7) Mittelanforderungen sind ausschließlich papiergebunden an das Bundesamt für Soziale Sicherung zu richten; die Anforderung per E-Mail ist nicht möglich; Absätze 8 und 9 bleiben unberührt. Die Bearbeitung der Anträge auf Auszahlung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung erfolgt erst nach Vorlage der vollständigen Antragsunterlagen und auf Grundlage der dem Bundesamt für Soziale Sicherung rechtzeitig übermittelten und aktuellen Daten im Rahmen der Angaben nach Absatz 6 Nr. 1 bis 5. Zur Vermeidung von Zahlungsverzögerungen infolge vermeidbarer Rückfragen sollen die zuständigen Stellen, die Landesverbände der Pflegekassen bzw. Pflegekassen oder der GKV-Spitzenverband unbedingt auf Vollständigkeit der Antragsunterlagen achten. Im Rahmen der Anforderung von Fördermitteln ist dem Bundesamt für Soziale Sicherung (Referat 314) zur Vermeidung postalischer Fehlleitungen und zur Sicherstellung eines möglichst reibungslosen Verfahrens vor Antragstellung elektronisch eine Aufstellung der betreffenden Träger / Projekte und der relevanten Förderbeträge zu übersenden.
- (8) Bei der Verwendung von Sammelanforderungen (§ 4 Absatz 2 dieser Vereinbarung) ist ein Deckblatt mit einer Auflistung der beigelegten Einzelanträge und unter Angabe des Gesamtbetrages (Kontrollsumme) voranzustellen.
- (9) Das Bundesamt für Soziale Sicherung wird ermächtigt, das Antragsverfahren nach Anhörung der die Mittel anfordernden Stellen (zuständige Stellen in den Ländern, Landesverbände der Pflegekassen bzw. Pflegekassen und GKV-Spitzenverband) zu vereinheitlichen und im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. einheitliche Vorgaben zur Antragstellung (zum Beispiel online) zu machen; die einheitlichen Vorgaben werden dieser Vereinbarung als deren Bestandteil im Wege der Anlage beigegeben. Die elektronische Antragstellung ersetzt nicht das Erfordernis der Einreichung papiergebundener Belege. Über den Zeitpunkt der Umstellung auf ein einheitliches Antragsverfahren informiert das Bundesamt für Soziale Sicherung die für die Mittelanforderung zuständigen Stellen. Beim Start des einheitlichen Antragsverfahrens werden die Vorgaben nach Satz 1 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 Absatz 6 Nr. 5 dieser Vereinbarung zu benennende Konto überwiesen. Der vom Bundesamt für Soziale Sicherung auszahlende Betrag ist dabei auf den Anteil, der nach dem zum 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres geltenden Königsteiner Schlüssel auf das beantragende Land entfällt, begrenzt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Jahreszahl des nach Satz 2 maßgeblichen Königsteiner Schlüssels nicht notwendig der Jahreszahl des Förderjahres entspricht.
- (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 bzw. Pflegekassen und den GKV-Spitzenverband.
- (3) Die Bereitstellung des gesamten gemäß des Königsteiner Schlüssels ermittelten Jahresbudgets (Anspruchsobergrenze gemäß Absatz 1) zur selbständigen Bewirtschaftung durch die jeweils zuständige Stelle ist ausgeschlossen. Satz 1 findet entsprechend Anwendung auf die Landesverbände der Pflegekassen bzw. Pflegekassen und den GKV-Spitzenverband. Beschränkt die die Mittel abrufende Stelle den Mittelabruf für bereits bestehende (beschiedene) Vorhaben auf 50% an Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung, liegt darin ein Verzicht auf die erhöhte Förderung; die Ansparung gesonderter vorhabenindividueller Budgetguthaben ist ausgeschlossen.
- (4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung 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, den Landesverbänden der Pflegekassen bzw. Pflegekassen oder dem GKV-Spitzenverband angegebenen Konten. Die zeitliche Terminierung liegt dabei im Ermessen des Bundesamtes für Soziale Sicherung.
- (5) Anschließend teilt das Bundesamt für Soziale Sicherung der zuständigen Stelle, den Landesverbänden der Pflegekassen bzw. den Pflegekassen bzw. dem GKV-Spitzenverband die Höhe der aus dem Ausgleichsfonds bewilligten Fördermittel mit. Nach Erhalt der Zahlungsmittteilung seitens des Bundesamtes für Soziale Sicherung haben die zuständigen Stellen, die Landesverbände der Pflegekassen bzw. Pflegekassen sowie der GKV-Spitzenverband 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 Absatz 8).
- (6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung 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 Absatz 1 Satz 1 SGB XI sind zweckgebunden ausschließlich für die Förderung der in § 45c Absatz 3 bis 5 SGB XI genannten Vorhaben zu verwenden. Die Fördermittel nach § 45c Absatz 1 Satz 3 SGB XI sind ausschließlich für die Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Absatz 9 SGB XI zu verwenden. Für die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI sind ausschließlich die Fördermittel nach § 45d Satz 1 und Satz 3 sowie Satz 6 SGB XI zu verwenden.
- (2) Die mittelanfordernden zuständigen Stellen, die Landesverbände der Pflegekassen bzw. Pflegekassen und der GKV-Spitzenverband übernehmen mit der Entscheidung über die jeweils zuständige Förderung der Vorhaben und der Anforderung der Fördermittel beim Bundesamt für Soziale Sicherung die maßgebliche Verantwortung für eine sachgerechte und zeitnahe Verwendung der ausgezahlten Fördermittel.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung 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, die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die Pflegekassen sowie der GKV-Spitzenverband die in Ziffer I 6 der „Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 SGB XI“ (§ 3 Absatz 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).
- (4) 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, durch die Landesverbände der Pflegekassen bzw. Pflegekassen oder dem GKV-Spitzenverband 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.
- (2) Der von den vorgenannten Stellen zu erlassende Rückforderungsbescheid umfasst auch den an den Ausgleichsfonds zurück zu erstattenden Anteil unter ausdrücklicher Nennung des Kontos des Bundesamtes für Soziale Sicherung, auf das die Träger diesen Teilbetrag der Erstattung zu überweisen haben. Die Berücksichtigung einer Bagatellgrenze im Sinne eines Verzichts auf die Rückforderung zu Lasten der Mittel des Ausgleichsfonds kommt nicht in Betracht.
- (3) Bei der Geltendmachung von Rückforderungen ist dem Bundesamt für Soziale Sicherung der entsprechende schriftliche Bescheid mit Angabe von ursprünglichem Förderbetrag und auf

den Ausgleichsfonds entfallendem anteiligem Rückzahlungsbetrag durch die dafür zuständige Stelle zeitnah zu übermitteln.

- (4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung überwacht den Zahlungseingang und informiert die zuständigen Landesbehörden, die Landesverbände der Pflegekassen bzw. Pflegekassen oder den GKV-Spitzenverband über den fristgerechten Eingang der Zahlung, die gegebenenfalls das erforderliche Mahn- und Vollstreckungsverfahren (§ 19 Absatz 2 VwVG) durchführen nebst der Festsetzung von Säumniszuschlägen und Verzugszinsen.
- (5) Bei der Zahlung von Rückerstattungsbeträgen auf das Konto des Bundesamtes für Soziale Sicherung sind zu Buchungszwecken und aus Gründen der budgetären Zuordnung zwingend die in der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung aufgeführten weiteren Angaben zu übermitteln.

§ 7 Evaluation/Qualitätssicherung

- (1) Die diese Vereinbarung schließenden Parteien gehen davon aus, dass das gemäß § 45c Absatz 3 Satz 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 Absatz 5 Satz 5 SGB XI vorgeschriebene „wissenschaftliche Begleitung und Auswertung“. Deren Ergebnisse sind zu dokumentieren und für Nachfragezwecke zu archivieren.

§ 8 Jahresübersicht

Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. nach Ablauf des Kalenderjahres bis zum 31. März des Folgejahres eine Übersicht über die in den einzelnen Ländern und durch den GKV-Spitzenverband 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 Absatz 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 Absatz 2 im Sinne des § 45c Absatz 1 Satz 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 § Absatz 1 gilt im Übrigen Absatz 2. Die Sätze 1 bis 3 finden keine Anwendung auf die Mittel zur Förderung von Gründungszuschüssen.

- (2) Übertragene Fördermittel nach § 1 Absatz 1 dieser Vereinbarung, die am Ende des direkten Folgejahres nicht in Anspruch genommen wurden, können nach § 45c Absatz 6 Satz 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 Absatz 1 Satz 1 mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben. Das Nähere hierzu regelt § 45c Absatz 6 Satz 4 SGB XI. Ausgenommen von Satz 1 sind Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten, die gemäß § 45d Satz 7 SGB XI zur Förderung bundesweiter Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden.
- (3) Bei der Ermittlung der Quote nach § 45c Absatz 6 Satz 3 SGB XI in Höhe von 80 Prozent werden die gemäß Absatz 1 dieser Vereinbarung aus dem Vorvorjahr übertragenen Mittel angerechnet.
- (4) Am Ende eines Kalenderjahres nicht ausgeschöpfte Mittel aus dem Budget für regionale Netzwerke gemäß § 45c Absatz 1 Satz 3 SGB XI werden nicht übertragen, sondern erhöhen den Förderbetrag nach § 45c Absatz 1 Satz 1 SGB XI. Für diesen Erhöhungsbetrag gilt § 2 Absatz 2 dieser Vereinbarung.
- (5) Infolge der zusätzlichen Regelungen zur doppelten Übertragbarkeit nach § 45c Absatz 6 Satz 3 SGB XI und zum Fördervolumen für regionale Netzwerke nach § 45c Absatz 1 Satz 3 SGB XI speist sich der Fördertopf aus vier Untergruppen:
 - (I) Originäre Fördermittel des aktuellen Kalenderjahres,
 - (II) Übertragene Mittel aus dem Vorjahr,
 - (III) Übertragene Mittel aus dem Vorvorjahr unter Ausschluss der insoweit nach § 45d Satz 6 SGB XI nicht übertragbaren Fördermittel für die Selbsthilfe in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten sowie
 - (IV) übertragene Mittel aus dem Vorjahr aus Fördermitteln für regionale Netzwerke.
- (6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung integriert Übersichten hierzu in seine Jahresübersicht gemäß § 8.

§ 10 Mitteilung der Höhe der Fördergelder

Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt dem GKV-Spitzenverband bis spätestens zum 31. März des laufenden Förderjahres die Höhe der in dem Förderjahr zur Verfügung stehenden Mittel zur Förderung des Gründungszuschusses gemäß § 45d Satz 3 SGB XI und für die Förderung bundesweiter Selbsthilfetätigkeiten gemäß § 45d Satz 7 SGB XI schriftlich mit.

§ 11 Inkrafttreten/Kündigung/Bekanntmachung

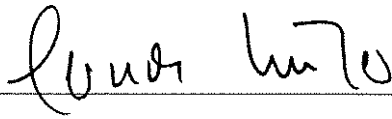
- (1) Diese Vereinbarung tritt rückwirkend zum 1. Januar 2020 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung in der Fassung vom 16.12.2016. Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung werden in regelmäßigen Abständen prüfen, inwieweit eine 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 nahekommt.

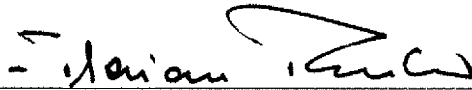
GKV-Spitzenverband

Berlin, den 08.04.2020



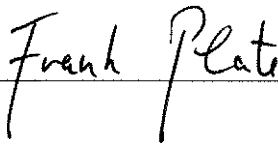
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Köln, den 23.4.20



Bundesamt für Soziale Sicherung

Bonn, den 12.5.2020



Anlage:

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

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

Bankverbindung: Sonderkonto Pflegeversicherung des Bundesamtes für Soziale Sicherung
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 Absatz 3 SGB XI)**

- Rückzahlung Kto. 4800 .. (.. = Länderkürzel)
(Bsp.: 4800 82 Hamburg)
- Bezeichnung Träger bzw. Projekt
- Förderjahr

Angebote des Ehrenamts in der Pflege (§ 45c Absatz 4 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 Absatz 5 SGB XI)

- Rückzahlung Kto. 4810 .. (.. = Länderkürzel)
(Bsp.: 4810 86 Hessen)
- Bezeichnung Träger bzw. Projekt
- Förderjahr

Modellvorhaben des Ehrenamts in der Pflege (§ 45c Absatz 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 Absatz 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
- 99: GKV-SV gefördert