

AOK-Bundesverband, Bonn

**Bundesverband
der Betriebskrankenkassen, Essen**

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

**Bundesverband
der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel**

Knappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Berlin

15.07.2008

**Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
(Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)**

**Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften
vom 01.07.2008**

Das Pflege-Versicherungsgesetz trat hinsichtlich seiner leistungsrechtlichen Bestimmungen in zwei Stufen in Kraft und zwar die bei häuslicher Pflege ab 01.04.1995 und die bei stationärer Pflege ab 01.07.1996 (vgl. § 1 Abs. 5 SGB XI).

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben hierzu erstmals in ihrem Gemeinsamen Rundschreiben vom 28.10.1996 zu den für die Pflegekassen relevanten leistungsrechtlichen Bestimmungen des PflegeVG Stellung genommen. Aufgrund der zwischenzeitlich veröffentlichten Besprechungsergebnisse des Gemeinsamen Rundschreibens zum 4. SGB XI – ÄndG vom 09.07.1999 sowie des Inkrafttretens verschiedener Gesetze zum SGB XI ist die Überarbeitung des Gemeinsamen Rundschreibens erforderlich geworden.

Die bisherigen Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegeVG werden hiermit aufgehoben.

Folgende Gesetze bzw. Verordnungen, die das SGB XI betreffen, sind in dem Gemeinsamen Rundschreiben berücksichtigt:

- PflegeVG: Der Deutsche Bundestag hat am 22.04.1994 das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG) verabschiedet. Der Bundesrat hat ihm am 29.04.1994 zugestimmt. Das Gesetz trägt das Datum vom 26.05.1994 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.05.1994, Seite 1014 ff., veröffentlicht.
2. Stufe des PflegeVG: Der Deutsche Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das Gesetz zum Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung verabschiedet. Es trägt das Datum vom 31.05.1996 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 07.06.1996, Seite 718, veröffentlicht.
1. SGB XI – ÄndG: Das Erste Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI – Änderungsgesetz – 1. SGB XI – ÄndG) hat der Deutsche Bundestag am 23.05.1996 verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 24.05.1996 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 14.06.1996 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 24.06.1996, Seite 830 ff., veröffentlicht.
4. SGB XI – ÄndG: Am 17.06.1999 hat der Deutsche Bundestag das Vierte Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Viertes SGB XI – Änderungsgesetz – 4. SGB XI – ÄndG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 09.07.1999 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 21.07.1999 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 26.07.1999, Seite 1656, veröffentlicht.
- Lebenspartnerschaften: Der Deutsche Bundestag hat das Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften – Lebenspartnerschaften verabschiedet. Es trägt das Datum vom 16.02.2001 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 22.02.2001, Seite 266 ff., veröffentlicht.
- SGB IX: Am 06.04.2001 hat der Deutsche Bundestag das Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 11.05.2001 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 19.06.2001 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 22.06.2001, Seite 1046 ff., veröffentlicht.

- PQsG: Am 21.06.2001 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 13.07.2001 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 09.09.2001 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 12.09.2001, Seite 2320 ff., veröffentlicht.
8. Euro-Einführungsgesetz: Am 21.06.2001 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro (Achstes Euro-Einführungsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 13.07.2001 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 23.10.2001 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 31.10.2001, Seite 2702 ff., veröffentlicht.
7. Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung: Am 29.10.2001 hat das Bundesministerium der Justiz die Siebente Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung betreffend die Einführung der sächlichen Bezeichnungsform für die Bundesministerien erlassen. Die Verordnung ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 06.11.2001, Seite 2785 ff., veröffentlicht.
- PfIEG: Am 15.11.2001 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PfIEG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 30.11.2001 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 14.12.2001 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 20.12.2001, Seite 3728 ff., veröffentlicht.
- SGB XII: Am 19.12.2003 hat der Deutsche Bundestag das Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch – (SGB XII) – Sozialhilfe verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 19.12.2003 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 27.12.2003 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 30.12.2003, Seite 3022 ff., veröffentlicht.
- Verwaltungsvereinfachungsgesetz: Am 27.01.2005 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 18.02.2005 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 21.03.2005 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 29.03.2005, Seite 818 ff., veröffentlicht.

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz:

Am 02.02.2007 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 16.02.2007 zugestimmt.

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Am 14.03.2008 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 25.04.2008 zugestimmt.

Das Gemeinsame Rundschreiben wird fortlaufend aktualisiert. Der aktuelle Stand ist auf den Seiten entsprechend gekennzeichnet.

Hinweis:

Die Richtlinien über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi) vom 07.11.1994 geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995, vom 22.08.2001 und vom 11.05.2006 werden im Folgenden "Pflegebedürftigkeits-Richtlinien" genannt.

Die Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 21.03.1997 in der Fassung vom 11.05.2006 werden im Folgenden "Begutachtungs-Richtlinien" genannt.

Die Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRi) vom 10.07.1995 geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995, vom 03.07.1996 und vom 28.10.2005 werden im Folgenden "Härtefall-Richtlinien" genannt.

Inhaltsverzeichnis

§ 1 SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

1. Allgemeines	1
----------------------	---

§ 2 SGB XI – Selbstbestimmung

1. Allgemeines	1
2. Rechtsfolgen	1

§ 3 SGB XI – Vorrang der häuslichen Pflege

1. Allgemeines	1
2. Rechtsfolgen	1

§ 4 SGB XI – Art und Umfang der Leistungen

1. Leistungsarten/-inhalt.....	1
2. Leistungsumfang.....	2
3. Wirtschaftlichkeit.....	2

§ 5 SGB XI – Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

1. Aufgaben der Pflegekassen.....	1
2. Aufgaben anderer Leistungsträger.....	1

§ 6 SGB XI – Eigenverantwortung

1. Mitwirkungspflicht.....	1
----------------------------	---

§ 7 SGB XI – Aufklärung, Beratung

1. Aufklärung und Beratung	2
2. Information durch Dritte	2
3. Beratungsangebote anderer Träger.....	3
4. Ausgestaltung der Beratung.....	3

§ 7a SGB XI – Pflegeberatung

1. Allgemeines	3
2. Anspruchsberechtigung	3

3.	Organisation der Pflegeberatung	3
4.	Inhalt der Pflegeberatung.....	4
5.	Anforderungen an Pflegeberater.....	5
6.	Finanzierung	5

§ 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung

1.	Allgemeines	1
----	-------------------	---

§ 13 SGB XI – Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

1.	Nachrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung	2
2.	Nebeneinander von Leistungen der Pflegeversicherung und von anderen Sozialleistungsträgern.....	2
3.	Vorrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung	3
4.	Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen nach dem SGB XII bzw. SGB VIII	3
5.	Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit Fürsorgeleistungen zur Pflege.....	3
6.	Nichtanrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung als Einkommen	4
7.	Unterhaltsrechtliche Berücksichtigung des Pflegegeldes.....	4

§ 14 SGB XI – Begriff der Pflegebedürftigkeit

1.	Ausmaß der Pflegebedürftigkeit.....	1
2.	Dauer der Pflegebedürftigkeit	2
3.	Formen der Hilfeleistung	3
4.	Umfang des Hilfebedarfs	4
5.	Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens.....	4

§ 15 SGB XI – Stufen der Pflegebedürftigkeit

1.	Allgemeines	2
2.	Pflegestufen	2
3.	Besonderheiten bei Kindern.....	4
4.	Besonderheiten bei vollstationärer Pflege.....	4
5.	Besonderheiten bei der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	4

§ 17 SGB XI – Richtlinien der Pflegekassen

1.	Pflegebedürftigkeits-Richtlinien.....	1
2.	Härtefall-Richtlinien	1

§ 18 SGB XI – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

1.	Allgemeines	3
2.	Untersuchungsort/Begutachtungsfristen	4
3.	Untersuchungsergebnis	5
4.	Wiederholungsbegutachtungen	6
5.	Anerkennung von Gutachten der Pflegekassen, der PKV oder eines anderen die Pflegeversicherung betreibenden Versicherungsunternehmens.....	7
6.	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zuständiger Träger	7

§ 28 SGB XI – Leistungsarten, Grundsätze

1.	Leistungsarten	1
2.	Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte	2
3.	Aktivierende Pflege	2
4.	Kommunikationsbedürfnis.....	3

§ 29 SGB XI – Wirtschaftlichkeitsgebot

1.	Wirtschaftlichkeitsgebot	1
2.	Leistungserbringer	1

§ 30 SGB XI – Dynamisierung

1.	Dynamisierung der Leistungen	1
----	------------------------------------	---

§ 31 SGB XI – Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

1.	Feststellungspflicht	1
2.	Zusammenarbeit	2
3.	Unterstützungspflicht.....	2
4.	Leistungspflicht der Krankenversicherung	2

§ 32 SGB XI – Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

1.	Allgemeines	1
2.	Vorläufige Leistungsgewährung.....	1

§ 33 SGB XI – Leistungsvoraussetzungen

1.	Antragstellung	2
2.	Leistungsbeginn	2
2.1	Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung	2
2.2	Antrag auf Höherstufung	5
3.	Befristung von Leistungsbescheiden	6
4.	Vorversicherungszeit.....	7
5.	Besonderheiten bei Personen, für die ein Beitrittsrecht nach § 26a SGB XI bestandt	10

§ 33a SGB XI – Leistungsausschluss

1.	Allgemeines	1
2.	Umfang des Leistungsausschlusses	1
3.	Umsetzung	1

§ 34 SGB XI – Ruhen der Leistungsansprüche

1.	Auslandsaufenthalt	1
2.	Bezug von Entschädigungsleistungen	2
3.	Bezug von häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsleistungen	5

§ 35 SGB XI – Erlöschen der Leistungsansprüche

1.	Allgemeines	1
2.	Wechsel der Kassenzuständigkeit/Erstattungsverzicht.....	1

§ 35a SGB XI – Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX

1.	Allgemeines	1
2.	Leistungen der Pflegeversicherung als Teil eines Persönlichen Budgets	1

§ 36 SGB XI – Pflegesachleistung

1.	Allgemeines	2
2.	Leistungserbringer	2
3.	„Poolen“ von Leistungsansprüchen.....	3
4.	Leistungsinhalt der Pflegeleistungen	4
5.	Leistungshöhe.....	4

6.	Kombination von ambulanten und stationären Leistungen	6
7.	Härtefall-Regelung	7

§ 37 SGB XI – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

1.	Leistungsvoraussetzungen	3
2.	Leistungshöhe und Zahlungsweise	4
2.1	Allgemeines	4
2.2	Kürzung des Pflegegeldes	4
2.2.1	Allgemeines	4
2.2.2	Vier-Wochen-Regelung nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI.....	5
2.2.3	Kürzung des Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Ersatzpflege	10
2.3	Leistungshöhe des Pflegegeldes im Sterbemonat.....	11
3.	Kombination von ambulanten und stationären Leistungen	15
4.	Beratungseinsatz	19
4.1	Allgemeines	19
4.2	Zielsetzung des Beratungseinsatzes	19
4.3	Leistungsinhalt des Beratungseinsatzes	20
4.4	Durchführung des Beratungseinsatzes	21
4.5	Nachweis über die Durchführung des Beratungseinsatzes.....	23

§ 38 SGB XI – Kombination von Geldleistung und Sachleistung

1.	Allgemeines	1
2.	Entscheidungsbindung.....	2
3.	Leistungshöhe.....	2

§ 39 SGB XI – Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

1.	Allgemeines	1
2.	Übergangsfälle im Jahr 2008	3
3.	Anspruchsvoraussetzungen.....	4
3.1	Ersatzpflege außerhalb der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen.....	5
3.1.1	Ersatzpflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI.....	6
3.2	Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.....	6
3.3	Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Ersatzpflege von mehr als vier Wochen durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.....	9

3.4	Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit einer Ersatzpflegeperson, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt und im laufenden Jahr bereits einen anderen Pflegebedürftigen gepflegt hat	12
3.5	Ersatzpflege durch entfernte Verwandte/Verschwägerte (ab dem dritten Grad) oder durch Nachbarn/Bekannte	13
3.6	Ausschöpfung des Leistungsanspruchs.....	14

§ 40 SGB XI – Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

1.	Pflegehilfsmittel.....	2
1.1	Allgemeines	2
1.2	Leistungsanspruch	2
1.3	Zuzahlung	3
1.4	Leistungsabgrenzung zur Krankenversicherung	3
2.	Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes	4
2.1	Leistungsvoraussetzungen	4
2.2	Leistungsinhalt	5
3.	Wohnung/Haushalt	5
4.	Maßnahme.....	6
5.	Zuschusshöhe.....	7
5.1	Eigenanteil des Pflegebedürftigen	7
5.2	Höhe des Eigenanteils	8
5.3	Maßgebliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.....	8
5.4	Berücksichtigungsfähige Kosten	9
5.5	Durchführung von Reparaturen.....	9
5.6	Umbaumaßnahmen in Wohnungen, in denen mehrere Pflegebedürftige wohnen	9
6.	Zuständigkeitsabgrenzung zu anderen Leistungsträgern	10
6.1	Allgemeines	10
6.2	Vorrangige Leistungszuständigkeit der Pflegekasse.....	10
6.3	Vorrangige Leistungszuständigkeit anderer Träger	10
7.	Verfahren	11
7.1	Antragstellung	11
7.2	Beratung	11
7.3	Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme	12
8.	Katalog möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen	12
8.1	Allgemeines	12
8.2	Maßnahmen außerhalb der Wohnung/Eingangsbereich	13
8.3	Maßnahmen innerhalb der Wohnung	15
8.3.1	Mögliche Maßnahmen im gesamten Wohnungsbereich.....	15

8.3.2 Spezielle Maßnahmen in besonderen Wohnbereichen 16

§ 41 SGB XI – Tagespflege und Nachtpflege

1.	Allgemeines	2
2.	Leistungsinhalt	2
3.	Leistungsumfang.....	3
3.1	Allgemeines	3
3.2	Kombination der Pflegesachleistungen mit Tages- und Nachtpflege.....	4
3.3	Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld.....	8
3.4	Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Kombinationsleistung.....	10

§ 42 SGB XI – Kurzzeitpflege

1.	Allgemeines	1
2.	Kurzzeitpflege für Kinder.....	2
3.	Leistungsinhalt	3
4.	Leistungsumfang.....	3
4.1	Allgemeines	3
4.2	Übergangsfälle im Jahr 2008	4
4.3	Kurzzeitpflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI.....	5
4.4	Ausschöpfung des Leistungsanspruchs.....	5
4.5	Wechsel von der Kurzzeitpflege zur vollstationären Pflege	6
5.	Zusammentreffen von Leistungen der Kurzzeitpflege, der vollstationären Pflege mit Zuschüssen zur stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V	6

§ 43 SGB XI – Vollstationäre Pflege/Inhalt der Leistung

§ 87a SGB XI – Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

1.	Allgemeines	4
2.	Leistungsinhalt/Leistungshöhe.....	4
3.	Härtefallregelung.....	6
4.	Kombination von ambulanten und stationären Leistungen	7
5.	Wechsel zwischen ambulanter Pflege, teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege.....	8
6.	Leistungserbringung.....	9
7.	Berechnung der anteiligen Leistungsbeträge bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen im laufenden Monat	10
8.	Zahlungsweise bei Pflegebedürftigen, die aus einer vollstationären Pflegeeinrichtung im laufenden Monat in eine andere Pflegeeinrichtung umziehen	11

9.	Abwesenheitszeiten	12
10.	Wechsel der Pflegestufe im laufenden Monat	13
11.	Berechnung des Heimentgelts bei Aufforderung der Pflegeeinrichtung, einen Höherstufungsantrag zu stellen.....	14
12.	Leistungen in nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen	16

§ 43a SGB XI – Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen/
Inhalt der Leistung

1.	Allgemeines und Leistungshöhe	1
2.	Anspruchsvoraussetzungen und Zahlungsweise	1
3.	Zusammentreffen mit anderen Leistungen nach dem SGB XI.....	3
3.1	Kombination von ambulanten und stationären Leistungen nach § 43a SGB XI	3
3.2	Ersatzpflege und Kurzzeitpflege bei der Gewährung der Leistungen nach § 43a SGB XI	5

§ 44a SGB XI – Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

1.	Allgemeines	1
----	-------------------	---

§ 45 SGB XI – Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

1.	Allgemeines	1
2.	Kostenfreiheit	2

§ 45a SGB XI – Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem
Betreuungsbedarf/Berechtigter Personenkreis

1.	Allgemeines	2
2.	Anspruchsberechtigter Personenkreis	2
3.	Verfahren zur Feststellung.....	3

§ 45b SGB XI – Zusätzliche Betreuungsleistungen

1.	Leistungsvoraussetzungen	2
2.	Leistungsinhalt	2
3.	Leistungsumfang und Zahlung.....	5
4.	Übertragung nicht in Anspruch genommener Ansprüche	6
4.1	Allgemeines	6
4.2	Sonderregelung im Jahr 2008.....	6

§ 45c SGB XI – Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

1. Allgemeines2

§ 45d SGB XI – Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe

1. Allgemeines1

§ 87b SGB XI – Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem
Betreuungsbedarf

1. Allgemeines2

§ 91 SGB XI – Kostenerstattung

1. Allgemeines1

2. Leistungsumfang.....1

Artikel 45 PflegeVG – Bezieher von Leistungen nach den bis zum 31.03.1995
geltenden Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Leistungen
bei Schwerpflegebedürftigkeit

1. Allgemeines1

2. Höherstufung2

3. Voraussetzungen der Pflegestufe II nicht erfüllt.....2

Anlage 1

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PfIRi) vom 07.11.1994 geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995, vom 22.08.2001 und vom 11.05.2006

Anlage 2

Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.03.2002 geändert durch Beschlüsse vom 11.05.2006 und vom 17.06.2008

Anlage 3

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRi) vom 10.07.1995 geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995, vom 03.07.1996 und vom 28.10.2005

Anlage 4

Beihilfevorschriften (BhV) des Bundes und Personenkreis nach § 28 Abs. 2 SGB XI Abschrift des Schreibens des Bundesministeriums des Innern vom 22.03.1995 – Az.: D III 5 – 213 106-7/5 –

Anlage 5

Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt vom 13.09.2006

Soziale Pflegeversicherung § 1 SGB XI

(1) ...

(2) ...

(3) ...

(4) ...

(4a) In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.

(5) ...

(6) ...

1. Allgemeines

Als Einweisungsvorschrift wird in § 1 Abs. 4a SGB XI die Grundausrichtung nach einer – so weit wie möglich – geschlechtsspezifischen und kultursensiblen Pflege festgeschrieben. Unter kultursensibler Pflege ist die Berücksichtigung der kulturell bedingten unterschiedlichen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen – insbesondere auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund – zu verstehen. Diese Aspekte werden in § 2 Abs. 2 und 3 SGB XI im Kontext der Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen mit der weitgehenden Berücksichtigung von Wünschen nach gleichgeschlechtlicher Pflege und der Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse konkretisiert. Ein unmittelbarer Anspruch auf die Durchführung bestimmter Maßnahmen ist mit diesen Grundsätzen hingegen nicht verknüpft.

Selbstbestimmung **§ 2 SGB XI**

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

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

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

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

1. Allgemeines

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen helfen, dem Pflegebedürftigen trotz seines Hilfebedarfs eine möglichst weit gehende Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

2. Rechtsfolgen

(1) Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit hat in aller Regel zur Folge, dass der Pflegebedürftige Einschränkungen in der freien Gestaltung seines Lebens hinnehmen muss. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind daher so zu gestalten und einzusetzen, dass sie mit dazu beitragen, die Möglichkeiten zu einer selbstbestimmten Lebensführung im Rahmen der dem Pflegebedürftigen verbliebenen Leistungsfähigkeit zu nutzen. Das erfordert ein den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen Rechnung tragendes Leistungsangebot.

(2) Eine wesentliche Voraussetzung zur Führung eines selbstbestimmten menschenwürdigen Lebens bei Pflegebedürftigkeit ist das der Pflegeversicherung innewohnende Prinzip des Wunsch- und Wahlrechts der Pflegebedürftigen hinsichtlich der Leistung. Dies gilt auch im Hinblick auf die gleichgeschlechtliche Pflege (vgl. Ziffer 1 zu § 1 SGB XI). Die Leistung darf mithin den Pflegebedürftigen nicht bevormunden. Das Wunsch- und Wahlrecht des Pflegebedürftigen wird allerdings insoweit eingegrenzt, als die Solidargemeinschaft nur für angemessene Wünsche im Rahmen des vorgesehenen Leistungsrechts einzustehen hat.

(3) Den religiösen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen soll Rechnung getragen werden. Dabei soll insbesondere bei einer Heimunterbringung sichergestellt werden, dass das religiöse Bekenntnis des Pflegebedürftigen geachtet wird und eine seelsorgerische Betreuung erfolgen kann.

(4) Um zu gewährleisten, dass Pflegebedürftige ihre Wünsche äußern und auch tatsächlich von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen können, obliegt den Pflegekassen die Verpflichtung, die Pflegebedürftigen über ihre Rechte nach den Absätzen 2 und 3 zu informieren (vgl. § 7 SGB XI, § 13 ff. SGB I).

Vorrang der häuslichen Pflege **§ 3 SGB XI**

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

1. Allgemeines

Die Vorschrift stellt eines der wesentlichen Ziele der Pflegeversicherung heraus, in besonderem Maße die häusliche Pflege zu unterstützen und zu fördern. Sie bestimmt den Vorrang der häuslichen (§§ 36 bis 40 und 45b SGB XI) und teilstationären (§ 41 SGB XI) Pflege sowie der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) gegenüber den Leistungen der vollstationären (§ 43 SGB XI) Pflege.

2. Rechtsfolgen

(1) Der Vorrang der häuslichen Pflege führt nicht zu einer eingeschränkten Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation bei der Leistung. Berechtigten Wünschen (vgl. § 2 Abs. 2 SGB XI, § 33 SGB I) des Pflegebedürftigen ist Rechnung zu tragen. Der Vorrang häuslicher Pflege hat dort seine Grenzen, wo bedingt durch die familiären oder sozialen Verhältnisse eine angemessene Versorgung und Betreuung im häuslichen Bereich nicht sichergestellt ist. Wird festgestellt, dass die häusliche Pflege nicht in geeigneter Weise sichergestellt ist, so ist darauf hinzuwirken, dass diese zweckentsprechend erfolgt (vgl. Ziffer 1 und 4.2 zu § 37 SGB XI).

(2) Aus dem Vorrang der häuslichen Pflege folgt, dass auch teilstationäre Leistungen (§ 41 SGB XI) und Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) gegenüber den Leistungen bei nicht nur vorübergehender vollstationärer Pflege (§ 43 SGB XI) vorrangig sind. Diese Leistungen ergänzen oder ersetzen die häusliche Pflege. Sie stellen sicher, dass die enge Beziehung des Pflegebedürftigen zu seiner Familie und seinem Wohnbereich aufrecht erhalten bleibt.

Art und Umfang der Leistungen **§ 4 SGB XI**

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

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

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

1. Leistungsarten/-inhalt

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden als Dienst-, Sach- und Geldleistungen (§§ 36 bis 45 SGB XI) sowie als Kostenerstattung (§ 91 SGB XI, § 40 Abs. 2 und 4 SGB XI, 45b SGB XI) erbracht. Sie sollen dazu beitragen, den Bedarf des Pflegebedürftigen an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zu decken.

Zur Grundpflege gehören die notwendigen pflegerischen nicht-medizinischen Hilfeleistungen bei den in § 14 Abs. 4 Nr. 1 bis 3 SGB XI aufgeführten Verrichtungen sowie die Beaufsichtigung der Ausführung dieser Verrichtungen oder die Anleitung zur Selbstvornahme. Ziel der Hilfe ist soweit wie möglich die eigenständige Übernahme dieser Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person.

Die Behandlungspflege bei häuslicher Pflege (z. B. medizinische Hilfeleistungen wie Verbandswechsel) stellt keine Leistung der Pflegeversicherung dar; sie wird weiterhin durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht (§ 37 SGB V gilt; vgl. § 34 SGB XI). Die Behandlungspflege in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung.

Soweit sich Pflegebedürftige in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Kurzzeitpflegeeinrichtungen befinden, umfasst das Leistungsspektrum auch die soziale Betreuung.

Zur hauswirtschaftlichen Versorgung gehören die in § 14 Abs. 4 Nr. 4 SGB XI aufgelisteten Tätigkeiten.

2. Leistungsumfang

Die Leistungen der Pflegeversicherung unterstützen die familiäre und nachbarschaftliche Pflege. Die Pflegeversicherung stellt eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die Eigenleistungen der Versicherten nicht entbehrlich machen. So obliegt es den Versicherten, einen durch die Leistungen der Pflegeversicherung nicht gedeckten Pflege- und Betreuungsbedarf selbst sicherzustellen. Reichen die Mittel des Pflegebedürftigen hierfür nicht aus, führt dies ggf. zu einem Leistungsanspruch nach dem SGB XII, BVG, LAG, SGB VIII.

3. Wirtschaftlichkeit

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung ist auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu achten. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind nicht bewilligungsfähig und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der Pflegeversicherung bewirken (vgl. § 29 SGB XI).

Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

§ 5 SGB XI

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

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

1. Aufgaben der Pflegekassen

(1) Die Pflegekassen sind verpflichtet, im konkreten Bedarfsfall bei den zuständigen Leistungsträgern (z. B. Krankenkassen und Rentenversicherungsträger) frühzeitig darauf hinzuwirken, dass die in deren Leistungsrahmen fallenden Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

(2) Kenntnis von notwendigen Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation erhalten die Pflegekassen insbesondere durch das Gutachten des MDK sowie durch den behandelnden Arzt oder das behandelnde Krankenhaus (vgl. §§ 18 und 31 SGB XI).

2. Aufgaben anderer Leistungsträger

(1) Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit – sowohl unterhalb der Pflegestufe I als auch nach den Pflegestufen I bis III (vgl. § 15 Abs. 1 SGB XI) – oder eine drohende Pflegebedürftigkeit hat für sich alleine noch nicht zur Folge, dass die gegen andere Leistungsträger bestehenden Leistungsansprüche ruhen oder wegfallen. Vielmehr haben die Leistungsträger auch bei drohender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit ihre medizinischen und ergänzenden Leistungen mit dem Ziel einzusetzen, die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern, zu überwinden oder ihre Verschlimmerung zu verhindern. Voraussetzung ist aber, dass die speziellen Leistungsvoraussetzungen vorliegen.

(2) Der weiter bestehenden Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung trägt § 11 Abs. 2 SGB V Rechnung. Zur Abgrenzung hinsichtlich des Begriffs "aktivierender Pflege" siehe § 28 SGB XI.

(3) Zum Vorrang von Rehabilitations- vor Pflegeleistungen und zur vorläufigen Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation durch die Pflegekasse siehe §§ 31 und 32 SGB XI.

Eigenverantwortung § 6 SGB XI

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

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

1. Mitwirkungspflicht

Diese Bestimmung hebt – wie in § 1 SGB V für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung – die Verpflichtung der Versicherten hervor, durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung sowie durch die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Behandlungsmaßnahmen dazu beizutragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Diese Pflicht zur Mitwirkung besteht im Rahmen der §§ 60 ff. SGB I auch nach eingetretener Pflegebedürftigkeit, wenn Erfolg versprechende Maßnahmen möglich sind, mit denen das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit verringert, eine Verschlimmerung verhütet oder sogar die Pflegebedürftigkeit überwunden werden kann.

Aufklärung, Beratung § 7 SGB XI

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

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

(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang seines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c), die Pflegeberatung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegeberatung unentgeltlich sind. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen und zeitnah fortzuschreiben; sie hat zumindest die für die Pflegeeinrichtungen jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel und zur wohnortnahen Versorgung nach § 92c zu enthalten und ist von der Pflegekasse um die Festlegungen in den Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b, an denen sie beteiligt ist, zu ergänzen. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Ferner ist der Pflegebedürftige auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen. Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.

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

1. Aufklärung und Beratung

(1) Die Pflegekassen haben die Aufgabe, das von den Versicherten nach § 6 SGB XI erwartete eigenverantwortliche Handeln zu fördern. Die Pflegekassen haben die Pflicht zur Aufklärung, Beratung und Auskunft nach den §§ 13 bis 15 SGB I. Inhalt und Umfang dieser Aufgaben entsprechen dem auf diesen Gebieten von der GKV zu erfüllenden Auftrag. Als Aufklärungsmaßnahmen kommen insbesondere Beiträge in Mitgliederzeitschriften und die Herausgabe von Informationsbroschüren in Betracht. Ggf. ist die Beantragung einer Leistung nach § 20 SGB V zu empfehlen.

(2) Bei der Beratung sind die Angehörigen, der Lebenspartner und beteiligte Dritte im Bedarfsfall einzubeziehen. Dies ist insbesondere gegeben, wenn

- die Pflege ehrenamtlich (z. B. von Angehörigen, Lebenspartnern oder Nachbarn) erbracht wird,
- die Art oder Schwere der Erkrankung eine Kontaktaufnahme mit dem Pflegebedürftigen erschwert,
- eine Leistungspflicht nach § 44 SGB XI besteht.

(3) Die Beratung/Auskunft soll möglichst frühzeitig erfolgen, damit ein nahtloser Übergang zur Pflege, insbesondere im häuslichen Bereich, sowie die bestmögliche frühzeitige Nutzung aller zur Verfügung stehenden Pflegeleistungen gewährleistet ist. Durch eine frühzeitige Beratung wird auch gewährleistet, dass der Pflegebedürftige z. B. vor Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes selbst – ggf. unter Einbeziehung seiner Angehörigen und seines Lebenspartners – überprüfen kann, welches Angebot für ihn in seiner persönlichen Situation geeignet bzw. bedarfsgerecht ist.

2. Information durch Dritte

Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit wegen der Art, Schwere oder Dauer einer Krankheit oder Behinderung abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Nach Eingang dieser Information ist die Pflegekasse verpflichtet,

- den Versicherten, seine Angehörigen und seinen Lebenspartner aufzuklären und zu beraten,
- auf die in Frage kommenden Leistungen anderer Leistungsträger (z. B. geeignete Leistungen zur Rehabilitation) hinzuweisen,
- die anderen Leistungsträger entsprechend zu unterrichten und

- auf das Stellen von Leistungsanträgen sowohl bei ihr als auch bei anderen Leistungsträgern hinzuwirken (vgl. §§ 5, 18 Abs. 1 – letzter Halbsatz –, 31 und 32 SGB XI).

3. Beratungsangebote anderer Träger

Die Pflegekassen haben die Möglichkeit, sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben aus ihren Verwaltungsmitteln (§ 46 Abs. 3 SGB XI) an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger zu beteiligen.

Nach § 22 SGB IX haben gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 SGB IX Beratung und Unterstützung anzubieten. Die Pflegekassen werden bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit an der Beratung und Unterstützung durch die gemeinsamen Servicestellen beteiligt. Näheres hierzu kann dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Auswirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung des SGB IX vom 18.06.2001 zu §§ 22 ff. SGB IX sowie der BAR-Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen vom 01.01.2008 entnommen werden.

4. Ausgestaltung der Beratung

Der Pflegebedürftige kann zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen (vgl. Ziffer 2 zu § 2 SGB XI). In diesem Kontext ist Transparenz hinsichtlich der bestehenden Versorgungsangebote von großer Bedeutung. Die Pflegekassen haben deshalb dem Versicherten unmittelbar nach Eingang des Antrags auf Leistungen der häuslichen, teil- oder vollstationären Pflege eine Vergleichsliste über Leistungen und Vergütungen der im maßgeblichen Einzugsbereich zugelassenen Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen. Die Vergleichslisten müssen mindestens

- die geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen,
- anerkannte niedrighschwellige Betreuungsangebote,
- Angaben zu den ggf. bestehenden Pflegestützpunkten (Anschrift, Öffnungszeiten, Telekommunikationsdaten) nach § 92c SGB XI sowie
- ggf. Regelungen der kassenspezifischen Verträge über die integrierte Versorgung nach § 92b SGB XI

enthalten.

Neben der Zusendung der Leistungs- und Preisvergleichsliste ist dem Versicherten eine unentgeltliche Beratung über die individuell in Frage kommenden Pflegeleistungen anzubieten und auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen (§ 115 SGB XI) hinzuweisen

Pflegeberatung § 7a SGB XI

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

- 1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,*
- 2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,*
- 3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,*
- 4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie*
- 5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.*

Der Versorgungsplan beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 2 Nr. 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Vor dem 1. Januar 2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse eine entsprechende Struktur aufgebaut hat. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

(2) Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt. Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet.

(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen gibt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. August 2008 Empfehlungen ab. Die Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 müssen spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein.

(4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen bis zum 31. Oktober 2008 zu treffen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen können zur Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

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

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

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

2. *Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,*
3. *Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,*
4. *Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürger-schaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie*
5. *Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende,*

dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(7) Über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor. Er kann hierzu Mittel nach § 8 Abs. 3 einsetzen.

1. Allgemeines

Der Anspruch auf Pflegeberatung soll mit Blick auf die Vielfalt der vorhandenen Versorgungsangebote dazu beitragen, jedem pflegebedürftigen Versicherten eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung zukommen zu lassen. Mit dieser Zielsetzung ist die Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements als Einzelfallhilfe auszugestalten und geht insoweit über den Aufklärungs- und Beratungsauftrag nach § 7 SGB XI hinaus.

2. Anspruchsberechtigung

Anspruch auf Pflegeberatung haben Leistungsempfänger nach dem SGB XI sowie Antragsteller auf SGB XI-Leistungen, die erkennbar einen Hilfebedarf (d.h. es kann nicht von vornherein ausgeschlossen werden, dass eine Leistungsberechtigung nach SGB XI besteht) und entsprechenden Beratungsbedarf haben. Ein individueller, einklagbarer Rechtsanspruch besteht ab 01.01.2009. Dem steht nicht entgegen, dass einzelne Pflegekassen auch schon vor dem 01.01.2009 Pflegeberatung anbieten, wenn sie bereits über entsprechende Strukturen verfügen. Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung ist freiwillig.

3. Organisation der Pflegeberatung

Die Pflegekassen sind dafür verantwortlich, dass für die Pflegeberatung ihrer Versicherten in ausreichendem Maße Pflegeberater zur Verfügung stehen. Der Anspruch auf Pflegeberatung besteht unmittelbar gegenüber der zuständigen Pflegekasse, unabhängig davon, ob in einem Land Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI) eingerichtet sind. Die Pflegeberatung kann dem Versicherten sowohl in den Kassenräumen angeboten werden als auch auf dessen Wunsch hin in seiner häuslichen Umgebung oder in einer Einrichtung, in der er

lebt erfolgen. Der Begriff „Einrichtung“ ist, entsprechend der Ausrichtung der Pflegeberatung, weit auszulegen. Dies kann ein Pflegeheim oder ein Wohnheim für behinderte Menschen sein aber auch ein Ort, an dem der Versicherte sich nur vorübergehend aufhält, z. B. eine Rehabilitationseinrichtung oder ein Krankenhaus. In die Beratung sollen Angehörige und Lebenspartner sowie sonstige mit der Pflege befasste Personen, z. B. Pflege- oder Betreuungskräfte oder Nachbarn, einbezogen werden.

Die Pflegekassen können zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater Aufgaben ganz oder teilweise auf Dritte übertragen, z. B. auf Pflegeberatungsstellen oder von der Möglichkeit der Beauftragung eines anderen Sozialleistungsträgers mit dessen Zustimmung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 SGB X Gebrauch machen. Dies können auch andere Pflegekassen oder Sozialhilfeträger sein. In diesen Fällen sind dem beauftragten Sozialleistungsträger die erbrachten Sozialleistungen sowie die entstandenen Kosten zu erstatten.

Sofern ein Pflegestützpunkt in der Nähe des Wohnortes des Pflegebedürftigen eingerichtet ist, muss die Pflegekasse sicherstellen, dass die Pflegeberatung auch dort in Anspruch genommen werden kann (§ 7a Abs. 1 Satz 8 SGB XI). Dies schränkt die Freiheit des Versicherten hinsichtlich der Inanspruchnahme der Pflegeberatung jedoch nicht ein. Auch wenn ein Pflegestützpunkt eingerichtet ist muss sichergestellt sein, dass der Versicherte – sofern er es wünscht – die Pflegeberatung weiterhin bei seiner Pflegekasse erhalten kann.

4. Inhalt der Pflegeberatung

Aufgabenschwerpunkte der Pflegeberatung können je nach Bedarf im Einzelfall in Abstimmung mit allen Beteiligten insbesondere sein, die

- Feststellung der Hilfebedarfe im konkreten Einzelfall, in der Regel auf Basis des MDK-Gutachtens,
- Klärung von Ansprüchen und Entscheidungen über Leistungsanträge, soweit es den eigenen Kompetenzbereich betrifft; darüber hinaus das Hinwirken auf Leistungen anderer Träger,
- Zusammenstellung und Sicherung von passgenauen gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen (Erstellen eines Versorgungsplans),
- Koordinierung und Steuerung der erforderlichen Hilfe- und Unterstützungsleistungen,
- Nachsteuerung bei Veränderungen im Hilfebedarf sowie
- Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses bei besonders komplexen Fallgestaltungen.

Die Pflegeberatung hat damit neben der Beratungs- auch weitgehende Unterstützungsfunktion. Diese ist jedoch ausschließlich auf die Feststellung, Steuerung und Planung von entsprechenden Sozialleistungen und ergänzenden Hilfen gerichtet und nicht als Alltagsbegleitung zu verstehen, die etwa im Bereich der Hauswirtschaft oder sozialen Betreuung anzusiedeln ist.

Neben den Leistungen der Pflegeversicherung werden in die Versorgungsplanung insbesondere Leistungen nach dem SGB V (z. B. häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel), SGB XII (z. B. Hilfe zur Pflege) sowie komplementäre Leistungen (z. B. Besuchs- oder Fahrdienste oder „Essen auf Rädern“) einzubeziehen sein. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Sozialleistungsträgern sowie weiteren Beratungs- und Koordinierungsstellen sicherzustellen. Soweit ein Rehabilitationsbedarf in Betracht kommt, sollten ggf. auch die gemeinsamen Servicestellen nach §§ 22 ff. SGB IX eingebunden werden.

Vor dem Hintergrund des Selbstbestimmungsrechts des Versicherten (§ 2 SGB XI) und der weiterhin bei den jeweils zuständigen Leistungsträgern angesiedelten Kompetenz hinsichtlich der Leistungsentscheidungen hat der Versorgungsplan keinen zwingenden und rechtsverbindlichen, sondern lediglich einen empfehlenden Charakter.

In Konkretisierung zur allgemeinen Regelung des § 16 SGB I ist in § 7a Abs. 2 Satz 2 SGB XI explizit geregelt, dass Leistungsanträge nach dem SGB XI und SGB V auch gegenüber den Pflegeberatern gestellt werden können. Sofern der Pflegeberater nicht selbst entscheidungsbefugt ist, leitet er den Antrag an den zuständigen Leistungsträger weiter. Dies wird insbesondere bei der Pflegeberatung durch beauftragte Pflegeberater anderer Träger von Bedeutung sein. In diesen Fällen ist der Pflegeberater auch über die Leistungsentscheidung des zuständigen Trägers zu informieren.

5. Anforderungen an Pflegeberater

Die Pflegekassen haben für die persönliche Beratung durch Pflegeberater entsprechend qualifiziertes Personal einzusetzen; insbesondere sind damit Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder SozialarbeiterInnen mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation gemeint. Näheres ist den Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater zu entnehmen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. August 2008 abgeben wird. Die Qualifikationsanforderungen müssen bis spätestens 30. Juni 2011 erfüllt sein.

6. Finanzierung

Aufwendungen der Pflegekassen für die Pflegeberatung werden über den Leistungshaushalt der Pflegekasse getragen.

Gemeinsame Verantwortung § 8 SGB XI

(1)

(2)

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Abs. 2 Satz 2 abgewichen werden. Mehrbelastungen der Pflegeversicherung, die dadurch entstehen, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, durch Einbeziehung in ein Modellvorhaben höhere Leistungen als das Pflegegeld erhalten, sind in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einzubeziehen. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben; Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesversicherungsamt durch Vereinbarung. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. § 45c Abs. 4 Satz 6 gilt entsprechend.

1. Allgemeines

Diese Regelung zielt mit Blick auf die demographische Entwicklung darauf ab, rechtzeitig die Versorgungsstrukturen und -konzepte in der Pflegeversicherung weiterzuentwickeln. Im Mittelpunkt stehen dabei die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen. Vorrangig sollen personenbezogene Budgets sowie die Umsetzung neuer Wohnkonzepte für Pflegebedürftige modellhaft erprobt werden. Ermöglicht wird damit auch ein Abweichen von den derzeitigen vergütungsrechtlichen Regelungen.

Ziele, Dauer, Inhalte, Ausgestaltung und Durchführung der Modellvorhaben bestimmt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Die Fördermittel werden unmittelbar aus dem Ausgleichsfond der Pflegeversicherung finanziert.

**Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung
zu anderen Sozialleistungen
§ 13 SGB XI**

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

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

vor.

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

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

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

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

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

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

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

gehende oder ergänzende Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung von der Einkommensermittlung ausschließen, bleiben unberührt.

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

- 1. in den Fällen des § 1361 Abs. 3, der §§ 1579, 1603 Abs. 2 und des § 1611 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,*
- 2. für Unterhaltsansprüche der Pflegeperson, wenn von dieser erwartet werden kann, ihren Unterhaltsbedarf ganz oder teilweise durch eigene Einkünfte zu decken und der Pflegebedürftige mit dem Unterhaltspflichtigen nicht in gerader Linie verwandt ist.*

1. Nachrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind gegenüber gesetzlichen Entschädigungsleistungen nachrangig. Das Zusammentreffen der Leistungsansprüche wird im § 34 SGB XI geregelt. Das dort normierte Ruhen der Leistungen der Pflegekasse stellt sicher, dass der Pflegebedürftige insgesamt die höchste ihm zustehende Leistung erhält (vgl. Ziffer 2 zu § 34 SGB XI).

2. Nebeneinander von Leistungen der Pflegeversicherung und von anderen Sozialleistungsträgern

(1) Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V umfasst neben der Behandlungspflege auch die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Erbringung dieser Leistung führt nach § 34 Abs. 2 SGB XI zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen bei häuslicher Pflege nach den §§ 36 bis 39 SGB XI (zur Besonderheit beim Bezug von Pflegegeld vgl. Ziffer 3 Abs. 1 zu § 34 SGB XI). Demgegenüber wird die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V neben den Leistungen nach den §§ 36 bis 39 SGB XI erbracht. Soweit die Satzung der Krankenkasse bestimmt, dass zusätzlich zur Behandlungspflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht wird, endet dieser satzungsgemäße Leistungsanspruch mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (§ 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V), so dass insoweit Leistungen der Krankenkasse und der Pflegekasse nicht zusammentreffen.

(2) Die Haushaltshilfe (§ 112 SGB III, § 38 SGB V, § 54 SGB IX i. V. m. § 28 SGB VI bzw. § 42 SGB VII) ist aufgrund der gesetzlichen Ausgestaltungsmodalitäten umfassend und ohne besondere Abgrenzungsregelungen zu erbringen. Sie beinhaltet generell die Versorgung des gesamten Haushalts und schließt etwa bei der Beschaffung und Zubereitung der Mahlzeiten alle üblicherweise im Haushalt zu versorgenden Personen ein. Der Inhalt der häuslichen Pflege wird nach §§ 36 bis 39 SGB XI im Gegensatz hierzu auf die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung begrenzt. Wird die hauswirtschaftliche Versorgung bereits im Rahmen der Erbringung von Haushaltshilfe durch andere Sozialleistungsträger zur Verfügung gestellt, besteht keine Notwendigkeit für eine hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Pflege. Diese ist dann

allein auf grundpflegerische Leistungen auszurichten. Anspruch auf Pflegegeld besteht neben Haushaltshilfe.

(3) Weitere Erläuterungen siehe auch Ziffer 3 zu § 34 SGB XI.

3. Vorrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den von einer Bedürftigkeitsprüfung abhängigen Sozialleistungen zur Pflege grundsätzlich vor. Soweit gegenüber der Pflegekasse kein Leistungsanspruch besteht, weil

- keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder
- der Pflegebedürftige Hilfe für andere Verrichtungen als die nach § 14 Abs. 4 SGB XI benötigt,

bleibt der Anspruch auf die fürsorgerischen Leistungen – insbesondere auf Sozialhilfe – erhalten (§ 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII, § 26c Abs. 1 Satz 2 BVG).

(2) Ferner bleiben die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen unberührt mit der Folge, dass die Träger der Sozialhilfe, die Träger der Kriegsopferfürsorge und die Träger der Jugendhilfe die Leistungen umfassend – also einschließlich der Pflegeleistungen – zur Verfügung zu stellen haben (§ 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI). Das hat zur Folge, dass die Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich in vollem Umfang zur Verfügung stehen. Zum Ausgleich der pflegebedingten Aufwendungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen beteiligen sich die Pflegekassen an den Aufwendungen dieser Einrichtungen mit 10 v. H. des Heimentgelts, maximal 256,00 EUR im Kalendermonat. Zu den Einzelheiten siehe Erläuterungen zu § 43a SGB XI.

4. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen nach dem SGB XII bzw. SGB VIII

Soweit Pflegeleistungen nach diesem Gesetz mit Leistungen der Eingliederungshilfe oder mit weiter gehenden Pflegeleistungen nach dem SGB XII zusammentreffen, sollen zur Vermeidung verschiedener Zuständigkeiten auf der Landes- bzw. Ortsebene die Träger der Pflegekassen und die Träger der Sozialhilfe Vereinbarungen treffen, damit nur ein Träger die Leistungen insgesamt übernimmt und der jeweils zuständige andere Träger die von ihm zu tragenden Kosten der Leistung erstattet (vgl. § 88 SGB X).

5. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit Fürsorgeleistungen zur Pflege

Der allgemeine Grundsatz hinsichtlich des Zusammentreffens der Pflegeversicherung mit denen der Fürsorgeleistungen zur Pflege wird insoweit durchbrochen, als die zusätzlichen

Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege keine Berücksichtigung finden. Beide Leistungsansprüche bestehen daher nebeneinander.

6. Nichtanrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung als Einkommen

Das an Pflegebedürftige gezahlte Pflegegeld nach § 37 SGB XI und das Pflegegeld aus der PKV stellen keine Einnahmen zum Lebensunterhalt und kein Gesamteinkommen dar, das bei der Prüfung der Familienversicherung nach § 10 SGB V und bei der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu berücksichtigen ist. Gleiches gilt in Bezug auf die Pflegeperson, und zwar ungeachtet dessen, ob der Pflegebedürftige das Pflegegeld in voller Höhe oder nur teilweise an die Pflegeperson weiterleitet (vgl. Artikel 26 Nr. 1 PflegeVG; Urteil des BSG vom 08.12.1992 – 1 RK 11/92 –, USK 9273; Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 01.01.2007, Ziffer 7 sowie Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesamteinkommen vom 21.03.2006, Ziffer 5.1). Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Pflege im Rahmen eines zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeperson bestehenden Beschäftigungsverhältnisses erbracht wird. Ggf. bestimmt sich die notwendige Berücksichtigung bei der Anwendung der §§ 10 und 62 SGB V nach dem vom Pflegebedürftigen gezahlten Arbeitsentgelt im Sinne des § 14 SGB IV, und nicht danach, inwieweit dieses tatsächlich aus dem Pflegegeld bestritten wird.

7. Unterhaltsrechtliche Berücksichtigung des Pflegegeldes

Wird Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder eine vergleichbare Geldleistung an eine Pflegeperson weitergeleitet, bleibt dies bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und Unterhaltsverpflichtungen der Pflegeperson unberücksichtigt. Diese Regelung steht nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit den Anspruchsvoraussetzungen, der Höhe und der Zahlungsweise des Pflegegeldes. Nach den Gesetzesmaterialien soll sichergestellt werden, dass die Pflegeperson das Pflegegeld möglichst ungeschmälert erhält. So wird erreicht, dass z. B. bei einer geschiedenen Ehefrau nicht mehr der Unterhaltsanspruch gegenüber dem geschiedenen Ehemann gemindert wird, wenn sie für die Pflege des gemeinsamen pflegebedürftigen Kindes Pflegegeld erhält.

Begriff der Pflegebedürftigkeit § 14 SGB XI

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

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

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

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

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

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

1. Ausmaß der Pflegebedürftigkeit

(1) Leistungsberechtigt nach dem SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Geringfügige oder nur kurzzeitig erforderliche Hilfeleistungen unterhalb der Schwelle der erheblichen Hilfebedürftigkeit nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 Nr. 1 SGB XI sind nicht von der Solidargemeinschaft der Pflegeversicherten zu finanzieren. Dies gilt auch, wenn Hilfebedürftigkeit nur bei der hauswirtschaftlichen Versorgung be-

steht. Für diesen Hilfebedarf kann und soll der Einzelne – entsprechend dem Grundsatz der Subsidiarität solidarischer Hilfen gegenüber der Eigenverantwortung – selbst eintreten.

Leistungsberechtigt nach dem SGB XI sind seit dem 01.07.2008 auch Personen mit einem auf Dauer bestehenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Grundlage für die Leistungsgewährung sind die in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien. Der Leistungsanspruch dieser Versicherten ist allerdings beschränkt auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI. In stationären Pflegeeinrichtungen kann dieser Personenkreis ebenfalls zusätzliche Aktivierung und Betreuung erhalten (vgl. § 87b SGB XI).

(2) Hinsichtlich der Eigenbeteiligungen besteht aber evtl. ein Anspruch auf die fürsorglichen Leistungen bzw. ein Anspruch auf Eingliederungshilfe nach dem SGB XII bzw. SGB VIII (vgl. Ziffer 3 Abs. 1 zu § 13 SGB XI).

2. Dauer der Pflegebedürftigkeit

(1) Der Leistungsanspruch nach dem SGB XI setzt eine auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehende Hilfebedürftigkeit bei der Ausübung bestimmter Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens voraus. Der Einschub "voraussichtlich für mindestens sechs Monate" präzisiert den Begriff "auf Dauer" in mehrfacher Hinsicht. Zum einen wird festgelegt, dass nur Zeiträume von mindestens sechs Monaten die Voraussetzung "auf Dauer" erfüllen. Zum anderen wird verdeutlicht, dass bereits vor Ablauf von sechs Monaten eine Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit getroffen werden kann, wenn vorhersehbar ist, dass der Zustand der Hilfebedürftigkeit mindestens sechs Monate andauern wird. Vor Ablauf von sechs Monaten ist auch dann die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit möglich, wenn vorhersehbar ist, dass das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit zwar vermindert werden kann, diese in erheblichem (Pflegestufe I) oder höherem (Pflegestufe II) Maße aber mindestens sechs Monate andauern wird. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist auch gegeben, wenn der Hilfebedarf nur deshalb nicht über sechs Monate hinausgeht, weil die zu erwartende Lebensspanne voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt.

(2) Bei der Bestimmung des Sechs-Monats-Zeitraums ist vom Eintritt der Hilfebedürftigkeit und nicht vom Zeitpunkt der Begutachtung auszugehen.

3. Formen der Hilfeleistung

(1) Der Bedarf an Hilfe beruht darauf, dass die Fähigkeit, bestimmte Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben, eingeschränkt oder nicht vorhanden ist.

Die Hilfe muss in Form der Unterstützung bei den pflegerelevanten Verrichtungen des täglichen Lebens, der teilweisen oder vollständigen Übernahme dieser Verrichtungen oder der Beaufsichtigung der Ausführung dieser Verrichtungen oder Anleitung zur Selbstvornahme durch die Pflegeperson erforderlich sein. Ziel der Hilfe ist soweit wie möglich die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person (aktivierende Pflege). Bei der Beurteilung, ob und ggf. in welcher Form Hilfe benötigt wird, ist das häusliche und soziale Umfeld des Antragstellers zu berücksichtigen. Ein Hilfebedarf kann nicht allein deshalb verneint werden, weil sich der Antragsteller tagsüber außerhalb der Wohnung aufhält.

(2) Unterstützung bedeutet, den Antragsteller durch die Bereitstellung sächlicher Hilfen in die Lage zu versetzen eine Verrichtung selbständig durchzuführen. Dazu gehört z. B. beim Gehen die Bereitstellung eines Rollators.

(3) Bei der vollständigen Übernahme der Verrichtungen handelt es sich um die unmittelbare Erledigung der Verrichtungen des täglichen Lebens durch die Pflegeperson. Eine teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson die Durchführung von Einzelhandlungen im Ablauf der Verrichtungen gewährleisten muss. Sowohl die vollständige als auch die teilweise Übernahme der Verrichtungen beinhalten die aktivierende Pflege (vgl. Ziffer 3 zu § 28 SGB XI) und sollen die Eigenständigkeit des Pflegebedürftigen fördern.

(4) Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf, dass die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens nach § 14 Abs. 4 SGB XI in sinnvoller Weise vom Antragsteller selbst durchgeführt werden. Beaufsichtigung und Anleitung bei den Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI richten sich auch darauf,

- körperliche, psychische und geistige Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten (z. B. Orientierung zur eigenen Person und in der Umgebung),
- Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden (z. B. durch unsachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer),
- Ängste, Reizbarkeit oder Aggressionen beim Antragsteller abzubauen.

Ein unabhängig von den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlicher allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf (z. B. eines geistig behinderten Menschen) bleibt bei der Feststellung des Hilfebedarfs zur Überprüfung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit unberücksichtigt. Dies gilt auch für die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung zur Vermeidung einer Selbst- oder Fremdgefährdung.

4. Umfang des Hilfebedarfs

Maßnahmen der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) und Maßnahmen der Behandlungspflege (§ 37 SGB V) können mit Ausnahme der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht berücksichtigt werden. Als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen kommen nur solche Maßnahmen in Betracht, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer

- untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege sind oder
- objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen.

Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen stellen für sich allein gesehen keine Verrichtungen des täglichen Lebens dar und werden deshalb nur dann berücksichtigt, wenn sie bei bestehendem Hilfebedarf bei den Verrichtungen der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI zusätzlich notwendig sind.

Andere Bedarfsbereiche – z. B. Leistungen zur Durchführung der beruflichen und sozialen (gesellschaftlichen) Eingliederung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Förderung der Kommunikation – und nicht regelmäßig erforderliche Verrichtungen der Körperpflege finden keine Berücksichtigung.

5. Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens

(1) Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind allein die im Gesetz genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens; dies gilt gleichermaßen für körperlich und psychisch kranke sowie körperlich und geistig behinderte Menschen. Als derartige Verrichtungen gelten solche, die notwendig sind, um der individuellen Lebenssituation Rechnung zu tragen und deren Bestand zu sichern. Hierbei ist es unbeachtlich, wo der Hilfebedarf für die Verrichtungen gedeckt wird.

(2) Körperpflege

Die Hautpflege (einschließlich Gesichtspflege) ist Bestandteil der Körperpflege. Das Schminken wird nicht als Gesichtspflege gewertet. Zur Körperpflege zählt auch das Haarewaschen. Es ist Bestandteil des Waschens, Duschens oder Badens. Alleiniges Haarewaschen wird der Verrichtung "Waschen" zugeordnet. Ein ein- bis zweimaliges Haarewaschen pro Woche entspricht dem heutigen Hygienestandard. Maßgebend ist die medizinische bzw. pflegerische Notwendigkeit. Der Hilfebedarf beim Haarewaschen umfasst auch die Haartrocknung.

Das Waschen

Das Waschen umfasst das Waschen des ganzen Körpers, aber auch von Teilbereichen des Körpers, hauptsächlich am Waschbecken bzw. im Bett mit einer Waschschiüssel. Es gehören u. a. zum Waschvorgang: die Vor- und Nachbereitung sowie das Waschen des ganzen Körpers bzw. einzelner Körperteile und das Abtrocknen. Wenn in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Waschen/Duschen oder Baden z. B. eine oro/tracheale Sekretabsaugung notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme.

(Während die Intimwaschungen hier berücksichtigt werden, wird die Durchführung einer Intimhygiene z. B. nach dem Toilettengang der Verrichtung "Darm- und Blasenentleerung" zugeordnet.)

Das Duschen

Das Duschen des Körpers umfasst eine Ganzkörperwäsche unter der Dusche, wobei die Vor- und Nachbereitung, die Ganzkörperwäsche selbst und das Abtrocknen des ganzen Körpers berücksichtigt werden.

(Hilfestellung beim Betreten der Duschtasse, bzw. beim Umsetzen des Antragstellers z. B. auf einen Duschstuhl, wird im Bereich der Mobilität "Stehen" berücksichtigt.)

Das Baden

Das Baden umfasst eine Ganzkörperwäsche in einer Badewanne, wobei der Antragsteller entweder sitzen oder liegen kann. Zum eigentlichen Waschvorgang gehören sowohl die Vor- und Nachbereitung, das Waschen des ganzen Körpers selbst sowie das Abtrocknen des Körpers. Wenn in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Duschen, Baden oder Waschen z. B. aufgrund einer Hauterkrankung nach Durchführung der Verrichtung das Einreiben mit Dermatika notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme.

(Eine Hilfestellung beim Einsteigen in die Badewanne wird im Bereich der Mobilität "Stehen" berücksichtigt.)

Die Zahnpflege

Die Zahnpflege umfasst sowohl die Vorbereitung wie z. B. Zahnpasta-auf-die-Bürstegeben und/oder das Aufschrauben von Behältnissen (Zahnpasta/Mundwasser) als auch den eigentlichen Putzvorgang und die Nachbereitung, aber auch die Reinigung von Zahnersatz und die Mundpflege, d. h. das Spülen der Mundhöhle mit Mundwasser und die mechanische Reinigung der Mundhöhle.

Das Kämmen

Dies umfasst das Kämmen oder Bürsten der Haare entsprechend der individuellen Frisur. Das Legen von Frisuren (z. B. Dauerwellen) oder das Haareschneiden werden nicht berücksichtigt. Trägt der Antragsteller ein Toupet oder eine Perücke, wird das Kämmen oder Aufsetzen dieses Haarteils beim Hilfebedarf gewertet.

Das Rasieren

Das Rasieren (auch eines Damenbartes) beinhaltet wahlweise die Trocken- oder Nassrasur und deren sichere Durchführung.

Die Darm- und Blasenentleerung

Hierzu gehören die Kontrolle des Wasserlassens und Stuhlganges, Reinigung und Versorgung von künstlich geschaffenen Ausgängen (Urostoma, Anus praeter).

Die notwendigen Handgriffe bei diesem Hygienevorgang, das Richten der Kleidung vor und nach der Benutzung der Toilette, die Intimhygiene, wie das Säubern nach dem Wasserlassen und Stuhlgang, werden berücksichtigt, ebenso das Entleeren und Säubern eines Toilettenstuhls bzw. Stechbeckens oder das Entleeren/Wechseln eines Urinbeutels. Auch das An-/Ablegen und Wechseln von Inkontinenzprodukten wird berücksichtigt. Fehlhandlungen des zu Pflegenden, z. B. Verunreinigungen mit Exkrementen (Kotschmierer) werden berücksichtigt. In diesem Fall kann auch ein zusätzlicher grundpflegerischer Hilfebedarf beim Waschen und Kleiden anfallen. Darüber hinausgehender Säuberungsbedarf des Umfeldes (z. B. Boden, Wand, Wechseln der Bettwäsche) wird der hauswirtschaftlichen Versorgung zugeordnet. Unter diesen Verrichtungen wird die evtl. eingeschränkte Gehfähigkeit beim Aufsuchen und Verlassen der Toilette nicht berücksichtigt. Kann der Antragsteller die Toilette nur deshalb nicht alleine aufsuchen, wird dies unter "Gehen" im Bereich der Mobilität festgestellt. Wenn in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang bei der Darm- und Blasenentleerung z. B. die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder die Einmalkatheterisierung notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Im Gegensatz dazu ist die Laxantiengabe oder das Legen eines Blasendauerkatheters keine solche Maßnahme, weil sie aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht objektiv notwendig in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden muss.

(3) Ernährung

Das mundgerechte Zubereiten der Nahrung

Zur "mundgerechten" Zubereitung der Nahrung gehört allein die letzte Maßnahme vor der Nahrungsaufnahme, z. B. das Zerkleinern in mundgerechte Bissen, das Heraustrennen von Knochen und Gräten, das Einweichen harter Nahrung bei Kau- und Schluckbeschwerden und das Einfüllen von Getränken in Trinkgefäße. Erfasst werden nur solche Maßnahmen die dazu dienen, die bereits zubereitete Nahrung so aufzubereiten, dass eine abschließende Aufnahme durch den Antragsteller erfolgen kann. Hierzu zählen nicht das Kochen oder das Eindecken des Tisches. Die Zubereitung von Diäten, einschließlich des anhand der Diätvorschriften vorzunehmenden Bemessens und Zuteilens der zubereiteten Nahrung bzw. einzelner Nahrungsbestandteile werden nicht hier, sondern unter der Verrichtung "Kochen" berücksichtigt. Die regelmäßige Insulingabe, die Blutzuckermessungen sowie grundsätzlich auch die Gabe von Medikamenten sind keine verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, da sie aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden müssen.

Die Aufnahme der Nahrung

Zur Nahrungszufuhr gehören die Nahrungsaufnahme in jeder Form (fest, breiig, flüssig) wie auch die Verabreichung von Sondennahrung mittels Ernährungssonde einschließlich der Pflege der Sonde und die Verwendung von Besteck oder anderer geeigneter Geräte (z. B. behindertengerechtes Geschirr oder Essbesteck), um Nahrung zum Mund zu führen. Notwendige Anforderungen zur vollständigen Aufnahme der Nahrung in fester, breiiger und flüssiger Form (Essen und Trinken) werden beim Hilfebedarf berücksichtigt, wenn der Antragsteller aufgrund fehlender Einsichtsfähigkeit dazu nicht in der Lage ist (z. B. bei mukoviszidosekranken Kindern abhängig vom Lebensalter oder bei geronto-psychiatrisch veränderten Menschen). Wenn in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der Aufnahme der Nahrung z. B. das Wechseln der Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei einem tracheotomierten Patienten zur Ermöglichung des Schluckens oder vor oder während dieser Verrichtung eine oro/tracheale Sekretabsaugung notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Im Gegensatz dazu ist das Legen einer Dauerernährungssonde keine solche Maßnahme, weil sie aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden muss.

(4) Mobilität

Das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen

Dies umfasst neben der Mobilität auch die eigenständige Entscheidung im Zusammenhang mit Wachen, Ruhen und Schlafen zeitgerecht das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen. Demgegenüber wird ein Verlassen des Bettes z. B. zum Aufsuchen der Toilette bzw. des Toilettenstuhls unter der Verrichtung "Stehen" (im Sinne von Transfer) berücksichtigt.

Das Zu-Bett-Gehen stellt einen körperlichen Bewegungsvorgang dar, der den Zweck hat, in ein Bett hineinzugelangen, und der mit der Einnahme einer liegenden (zum Ruhen oder Schlafen geeigneten) Position im Bett endet. Alle notwendigen Hilfestellungen, die der Durchführung dieses körperlichen Bewegungsvorganges dienen, werden als Hilfebedarf berücksichtigt. Die Häufigkeit richtet sich nach den individuellen Ruhe- und Schlafbedürfnissen.

Auch wird berücksichtigt, wenn die liegende Position im Bett bewusst oder unbewusst verlassen worden ist und erneut eingenommen werden muss, dies aber ohne fremde Hilfe nicht möglich ist (z. B. demenziell erkrankte oder orientierungslose Menschen, die nachts ihr Bett verlassen, kleine Kinder die sich im Bett aufgerichtet haben und sich am Gittergestell festhalten).

Ein Hilfebedarf wird nicht berücksichtigt, wenn der Antragsteller im Bett liegt, aber wach ist und die Pflegeperson auf Rufen, Weinen oder Jammern ans Bett tritt, um den Antragsteller zu beruhigen, und sie so lange bei ihm bleibt, bis er wieder eingeschlafen ist.

Wenn in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Aufstehen und Zu-Bett-Gehen z. B. Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder bei Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf notwendig sind, handelt es sich um verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen.

Umlagern

Der durch das Umlagern tagsüber und/oder nachts anfallende Pflegeaufwand nach Häufigkeit und Zeit wird als Bestandteil der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität betrachtet und entsprechend berücksichtigt, obwohl das Umlagern keine eigene Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI ist. Dabei wird so verfahren, dass der notwendige Hilfebedarf unabhängig davon, ob das Umlagern solitär oder im Zusammenhang mit den Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität durchgeführt wird, der Verrichtung "Aufstehen/Zu-Bett-Gehen" zugeordnet wird.

Das An- und Auskleiden

Bei der Verrichtung Ankleiden wird das Ausziehen von Nachtwäsche und das Anziehen von Tagesbekleidung als ein Vorgang gewertet. Bei der Verrichtung Auskleiden wird das Ausziehen von Tagesbekleidung und das Anziehen von Nachtwäsche als ein Vorgang gewertet. Das An- und Auskleiden beinhaltet neben den notwendigen Handgriffen, z. B. Öffnen und Schließen von Verschlüssen, Auf- und Zuknöpfen, Aus- und Anziehen von Schuhen, die Auswahl der Kleidungsstücke (Jahreszeit, Witterung), deren Entnahme aus ihrem normalen Aufbewahrungsort wie Kommoden und Schränken. Hierzu zählt auch das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse 1.

Das komplette An- und Auskleiden betrifft sowohl den Ober- als auch den Unterkörper. Daneben kommen aber auch Teilbekleidungen und Teilentkleidungen sowohl des Oberals auch des Unterkörpers vor und werden gesondert berücksichtigt. Wenn in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem An- und Auskleiden z. B. das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Dieser Hilfebedarf wird auch dann im Zusammenhang mit dem An- und Auskleiden gewertet, wenn die Kompressionsstrümpfe ab Kompressionsklasse 2 – wie pflegfachlich geboten – unmittelbar vor dem Aufstehen angezogen werden.

Das Gehen

Das Gehen, Stehen und Treppensteigen innerhalb der Wohnung wird nur im Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen gewertet. Das Gehen beschränkt sich nicht allein auf die körperliche Fähigkeit zur eigenständigen Fortbewegung. Vielmehr umfasst es auch die Fähigkeit zum Vernunft geleiteten zielgerichteten Gehen (z. B. bei desorientierten Personen). Demgegenüber wird die Beaufsichtigung beim Gehen allein zur Vermeidung einer Selbst- oder Fremdgefährdung – ohne dass ein Bezug zu einer Verrichtung besteht – nicht beim Hilfebedarf berücksichtigt.

Der Hilfebedarf beim Gehen kann auch aus einer sitzenden Position heraus beginnen oder in dieser enden.

Fortbewegung beinhaltet bei Rollstuhlfahrern auch die Benutzung des Rollstuhls. Das Gehen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung wird als hauswirtschaftlicher Hilfebedarf gewertet.

Jeder Weg wird einzeln berücksichtigt (Hin- und Rückweg = 2 x Gehen).

Das Stehen

Notwendige Hilfestellungen beim Stehen sind im Hinblick auf die Durchführung der gesetzlich vorgegebenen Verrichtungen im Rahmen aller anfallenden notwendigen Handlungen zeitlich berücksichtigt.

Als Hilfebedarf wird ausschließlich der Transfer berücksichtigt. Hierzu zählt z. B. das Umsetzen von einem Rollstuhl/Sessel auf einen Toilettenstuhl oder der Transfer in eine Badewanne oder Duschtasse.

Jeder Transfer wird einzeln berücksichtigt (Hin- und Rücktransfer = 2 x Transfer).

Das Treppensteigen

Das Treppensteigen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung wird als hauswirtschaftlicher Hilfebedarf gewertet.

Das Treppensteigen beinhaltet das Überwinden von Stufen innerhalb der Wohnung. Keine andere Verrichtung im Bereich der Grundpflege ist so abhängig vom individuellen Wohnbereich des Antragstellers wie das Treppensteigen. Besonders wird geprüft, ob die Notwendigkeit besteht, für die Verrichtungen des täglichen Lebens eine Treppe zu benutzen. Ist dies nicht erforderlich, kann diese Verrichtung beim Pflegeumfang nicht berücksichtigt werden.

Lebt der Pflegebedürftige in einer vollstationären Pflegeeinrichtung kann ein Hilfebedarf beim Treppensteigen wegen der Vorgabe der "durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation" (vgl. Ziffer 4 zu § 15 SGB XI) nicht gewertet werden.

Das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Es werden nur solche Maßnahmen außerhalb der Wohnung berücksichtigt, die unmittelbar für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause notwendig sind und das persönliche Erscheinen des Antragstellers erfordern. Berücksichtigungsfähige Maßnahmen sind das Aufsuchen von Ärzten zu therapeutischen Zwecken oder die Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien, wie z. B. Dialysemaßnahmen, onkologische oder immunsuppressive Maßnahmen, Physikalische Therapien, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Ein Hilfebedarf beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung wird berücksichtigt, wenn dieser regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) und auf Dauer (voraussichtlich mindestens 6 Monate) anfällt. Es ist nicht erforderlich, dass jede Maßnahme für sich isoliert betrachtet einmal wöchentlich anfällt. Der Hilfebedarf wird berücksichtigt, wenn in der Gesamtbetrachtung einmal wöchentlich für voraussichtlich mindestens 6 Monate berücksichtigungsfähige Maßnahmen anfallen.

Nicht berücksichtigt wird das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung im Zusammenhang mit

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Diese umfassen die physischen, psychischen und sozialen Aspekte und gehen von einem ganzheitlichen Ansatz aus. Sie sind insoweit von einzelnen therapeutischen Maßnahmen abzugrenzen. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zielen darauf ab, nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen in der Teilhabe am schulischen, beruflichen und gesellschaftlichen Leben als Folge einer Schädigung durch frühzeitige Einleitung geeigneter Rehabilitationsleistungen zu vermeiden, zu beseitigen bzw. zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die Individualität, Komplexität, Interdisziplinarität (Rehabilitationsteam) und die Finalität charakteristisch. Die medizinische Rehabilitation unterscheidet sich durch Komplexität und Interdisziplinarität daher wesentlich von der physikalischen Therapie.
- Leistungen zur primären Prävention. Diese zielen darauf ab, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) von Krankheiten zu senken. Primäre Prävention dient der Förderung und Erhaltung der Gesundheit durch Maßnahmen, die Individuen und Personengruppen betreffen, wie optimale Ernährung, physische Aktivität, Impfungen gegen Infektionskrankheiten und Beseitigung von Gesundheitsgefahren in der Umwelt (§ 20 SGB V).
- Maßnahmen der Eingliederungshilfe (einschl. Frühförderung).

Wird die ärztliche Behandlung bzw. therapeutische Maßnahme während eines sonst üblichen Aufenthaltes z. B. in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, Frühförderstelle oder einem sozialpädiatrischen Zentrum erbracht, kann dieser Hilfebedarf nicht berücksichtigt werden.

Das Aufsuchen von Behörden oder anderen Stellen, die das persönliche Erscheinen des Antragstellers notwendig machen, wird berücksichtigt. Weitere Hilfen – z. B. die Begleitung zur Bushaltestelle auf dem Weg zu Werkstätten für behinderte Menschen, Schulen, Kindergärten oder im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit, beim Aufsuchen einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung sowie bei Spaziergängen oder Besuchen von kulturellen Veranstaltungen – bleiben unberücksichtigt. Der Hilfebedarf beim Einkaufen wird unter der Verrichtung "Einkaufen" berücksichtigt.

Die Verkehrssicherheit ist zu beachten. Die Möglichkeit der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und von Taxen wird einbezogen. Bei den anzuerkennenden Maßnahmen wird das Gehen, Stehen und Treppensteigen außerhalb der Wohnung berücksichtigt, sofern es den oben genannten Zielen dient. Dies umfasst auch die Unterstützung beim Ein- oder Aussteigen in den bzw. aus dem PKW.

Zusätzlich zu den Fahrzeiten werden die zwangsläufig anfallenden Warte- und Begleitzeiten der Begleitperson angerechnet, wenn sie dadurch zeitlich und örtlich gebunden ist. Bei Kindern kann die Notwendigkeit der Begleitung beim Arzt zur Durchführung therapeutischer Zwecke oder der Begleitung bei Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien vorausgesetzt und einschließlich der Wartezeit als Hilfebedarf berücksichtigt werden. Notwendige Fahr- und Wartezeiten, die nicht täglich anfallen, werden für die Bemessung des zeitlichen Gesamtpflegeaufwandes auf den Tag umgerechnet.

(5) Hauswirtschaft

Bei der Hauswirtschaft werden nur die Tätigkeiten bei den folgenden Verrichtungen berücksichtigt, die sich auf die Versorgung des Antragstellers selbst beziehen. Die Versorgung möglicher weiterer Familienmitglieder bleibt unberücksichtigt. Ein möglicher Mehraufwand im Mehrpersonenhaushalt beim Einkaufen, Kochen und bei den übrigen genannten hauswirtschaftlichen Verrichtungen, soweit er für den Antragsteller anfällt, wird berücksichtigt.

Wenn ein krankheits- und/oder behinderungsbedingter Hilfebedarf im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht, wird er berücksichtigt, auch wenn die Versorgung durch Dritte (z. B. Putzfrau, „Essen auf Rädern“, Angehörige, Lebenspartner) erfolgt.

Das Einkaufen

Dies beinhaltet auch das Planen und Informieren bei der Beschaffung von Lebens-, Reinigungs- sowie Körperpflegemitteln, den Überblick zu haben, welche Lebensmittel wo eingekauft werden müssen, unter Berücksichtigung der Jahreszeit und Menge, die Kenntnis des Wertes von Geld (preisbewusst) sowie die Kenntnis der Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und die richtige Lagerung. Auch die Beschaffung der für eine Diät benötigten Lebensmittel wird hier berücksichtigt.

Das Kochen

Es umfasst die gesamte Zubereitung der Nahrung, wie Aufstellen eines Speiseplans (z. B. Zusammenstellung der Diätahrung sowie Berücksichtigung einer konkreten Kalorienzufuhr) für die richtige Ernährung unter Berücksichtigung von Alter und Lebensumständen. Auch die Bedienung der technischen Geräte sowie die Einschätzung der Mengenverhältnisse und Garzeiten unter Beachtung von Hygieneregeln werden gewertet.

Das Reinigen der Wohnung

Hierzu gehört das Reinigen von Fußböden, Möbeln, Fenstern und Haushaltsgeräten im allgemein üblichen Lebensbereich des Antragstellers. Auch die Kenntnis von Reinigungsmitteln und -geräten sowie das Bettenmachen werden hier berücksichtigt.

Das Spülen

Je nach den Gegebenheiten des Haushalts wird Hand- bzw. maschinelles Spülen gewertet.

Das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung

Hierzu gehören das Einteilen und Sortieren der Textilien, das Waschen, Aufhängen, Bügeln, Ausbessern und Einsortieren der Kleidung in den Schrank sowie das Bettenbeziehen.

Das Beheizen

Das Beheizen umfasst auch die Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials.

Stufen der Pflegebedürftigkeit § 15 SGB XI

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

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

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

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

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

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

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

1. Allgemeines

(1) Der Leistungsanspruch nach dem SGB XI bestimmt sich danach, ob und ggf. in welche Pflegestufe der Pflegebedürftige einzustufen ist (zu dem Leistungsanspruch von Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die nicht die Voraussetzungen für die Einstufung in eine Pflegestufe erfüllen, vgl. § 45a Abs. 1 SGB XI). Kranke und behinderte Menschen, die

- voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Hilfe bedürfen (Ausnahme: Die zu erwartende Lebensspanne beträgt voraussichtlich weniger als sechs Monate) oder
- einen geringeren Hilfebedarf haben als in § 15 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 Nr. 1 SGB XI verlangt, oder
- der Hilfe für andere Verrichtungen als in § 14 Abs. 4 SGB XI aufgelistet bedürfen,

sind nicht leistungsberechtigt nach den §§ 36 bis 44 SGB XI; ggf. kann aber ein Leistungsanspruch gegenüber der Sozialhilfe bestehen (vgl. Ziffer 3 Abs. 1 zu § 13 SGB XI).

(2) Eine Höherstufung in eine andere Pflegestufe ist nur dann möglich, wenn der erhöhte Pflegebedarf auf Dauer, d. h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate – gerechnet ab Eintritt des erhöhten Pflegebedarfs der höheren Pflegestufe – besteht (§ 48 SGB X gilt – vgl. Ziffer 2.2 zu § 33 SGB XI).

(3) Ist ein Pflegebedürftiger nach Zuordnung in die Pflegestufe II oder III in eine geringere Pflegestufe einzustufen, weil beispielsweise die Pflegebedürftigkeit durch eine Leistung zur Rehabilitation gemindert werden konnte, sind die Leistungen nach den §§ 36 bis 44 SGB XI für die Zukunft zu vermindern (zu dem ggf. bestehenden Anspruch vollstationärer Pflegeeinrichtungen auf Zahlung eines einmaligen Bonusbetrages für erfolgreiche aktivierende oder rehabilitative Maßnahmen vgl. § 87a Abs. 4 SGB XI). Fällt die Pflegebedürftigkeit weg bzw. sinkt sie unter die Pflegestufe I, ist die Leistungszusage für die Zukunft aufzuheben (§ 48 SGB X gilt).

2. Pflegestufen

(1) Kriterien für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen sind neben den in § 14 SGB XI genannten Voraussetzungen die Häufigkeit des Hilfebedarfs, ein zeitlicher Mindestaufwand sowie die Zuordnung der Verrichtungen im Tagesablauf. Geringfügiger, nicht regelmäßiger oder nur kurzzeitig anfallender Hilfebedarf führt nicht zur Anerkennung einer Pflegestufe. Dies gilt auch, wenn Hilfebedürftigkeit nur bei der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht. Die Festlegung des zeitlichen Mindestpflegeaufwandes in den einzelnen Pflegestufen bedeutet keine Vorgabe für die personelle Besetzung von ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen (einschl. Kurzzeitpflegeeinrichtungen) und lässt keine Rückschlüsse hierauf zu.

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird auch der zeitliche Aufwand für die erforderlichen verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen (z. B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2, oro/tracheale Sekretabsaugung, Einmalkatheterisierung), unabhängig von der leistungsrechtlichen Zuordnung, berücksichtigt (vgl. Ziffer 4 und 5 zu § 14 SGB XI). Diese Regelung gilt ab dem 01.04.2007. Näheres ist den Begutachtungs-Richtlinien zu entnehmen.

(2) Pflegestufe I - Erhebliche Pflegebedürftigkeit:

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität vor. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Lebenspartner, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

(3) Pflegestufe II - Schwerpflegebedürftigkeit:

Schwerpflegebedürftigkeit liegt bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität vor. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Lebenspartner, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

(4) Pflegestufe III - Schwerstpflegebedürftigkeit:

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (Rund-um-die-Uhr).

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Lebenspartner, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen müssen.

Hinsichtlich der Definition "Rund-um-die-Uhr" sowie der Feststellung des Hilfebedarfs bei nächtlicher Sedierung wird auf die Begutachtungs-Richtlinien verwiesen.

3. Besonderheiten bei Kindern

Pflegebedürftige Kinder sind zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche, altersbedingte Pflegeaufwand sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf. Bei kranken oder behinderten Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf zu berücksichtigen, der sich z. B. als Langzeitfolge einer angeborenen Erkrankung oder Behinderung, einer intensivmedizinischen Behandlung oder einer Operation im Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ergibt und u. a. in häufigen Mahlzeiten oder zusätzlicher Körperpflege bzw. Lagerungsmaßnahmen bestehen kann. Im ersten Lebensjahr liegt Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vor; die Feststellung bedarf einer besonderen Begründung.

Hinsichtlich des Zeitbedarfs der hauswirtschaftlichen Versorgung bei kranken oder behinderten Kindern wird auf die Begutachtungs-Richtlinien verwiesen.

4. Besonderheiten bei vollstationärer Pflege

Auch bei Versicherten, die Leistungen der vollstationären Pflege beantragt haben, sind die Kriterien nach Ziffer 2 Abs. 2 bis 4 Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Ist deren Wohnung jedoch bereits aufgelöst, ist Maßstab für die Bemessung des zeitlichen Mindestaufwandes in den einzelnen Pflegestufen eine durchschnittliche häusliche Wohnsituation, die der Gutachter aufgrund seiner Erfahrungen im ambulanten Bereich bewertet.

Eine durchschnittliche häusliche Wohnsituation beinhaltet die Lage der Wohnung (1. Etage, kein Aufzug, nicht ebenerdig erreichbar), die Anzahl der Räume je Wohnung (vier), die Personen je Haushalt (Zwei-Personen-Haushalt) und die Ausstattung der Wohnung (keine behindertengerechte Ausstattung, Zentralheizung, Standard-Küche/Kochnische mit Elektroherd bzw. Gasherd, Standard-WC, Bad, Waschmaschine).

5. Besonderheiten bei der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Für den Leistungsanspruch ist Voraussetzung, dass mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) vorliegt. Unabhängig davon wird in dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI die entsprechende Pflegestufe ausgewiesen, da neben der Leistung nach § 43a SGB XI in Zeiten der häuslichen Pflege (z. B. Wochenende, Ferien) ein weiter gehender Leistungsanspruch in Abhängigkeit von der Pflegestufe besteht.

Richtlinien der Pflegekassen § 17 SGB XI

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der privaten ambulanten Dienste zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3.

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

1. Pflegebedürftigkeits-Richtlinien

Es gelten die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (Anlage 1).

2. Härtefall-Richtlinien

Es gelten die Härtefall-Richtlinien (Anlage 3).

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit § 18 SGB XI

(1) Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

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

(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weiter. Dem Antragsteller soll spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

- 1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder*
- 2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt,*

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst an die Pflegekasse weiterleitet. In den

Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.

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

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

(6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner Stellungnahme hat der Medizinische Dienst auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

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

1. Allgemeines

(1) Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist in den Richtlinien (vgl. § 17 SGB XI) verbindlich geregelt. Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, die Zuordnung der Pflegestufe und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (vgl. § 45a SGB XI) ist von der Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK zu treffen und ihr obliegt auch die Entscheidung über die zu erbringenden Leistungen nach dem SGB XI.

Die Pflegekasse hat – trotz evtl. vorliegender eindeutiger Aussagen – bei Eingang des Leistungsantrags des Versicherten eine Prüfung durch den MDK zu veranlassen. Ausnahmsweise kann die Einschaltung des MDK unterbleiben, wenn die Anspruchsvoraussetzungen auch ohne eine Begutachtung von vornherein verneint werden können.

(2) Als Leistungsantrag ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit oder die Notwendigkeit bestimmter Leistungen nicht erforderlich. Häufig wird aus den Unterlagen der Krankenkasse ersichtlich sein, dass eine Pflegebedürftigkeit oder die Notwendigkeit zur Erbringung bestimmter diesbezüglicher Leistungen besteht. Ggf. wird die Pflegekasse auf Initiative der Krankenkasse (§ 7 Abs. 2 SGB XI) tätig. Ausreichend ist auch die mit Einwilligung des Versicherten erfolgte Unterrichtung der Pflegekasse durch Dritte (§ 7 Abs. 2 SGB XI, §§ 20, 21 SGB X). Die Pflegekasse bittet den Versicherten bzw. den Bevollmächtigten oder Betreuer oder gesetzlichen Vertreter, dem MDK eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften bei seinen behandelnden Ärzten und ihn betreuenden Pflegekräften zu erteilen, sofern dies nicht bereits im Rahmen der Antragstellung (vgl. § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB I) erfolgt ist und klärt ihn über die Mitwirkungspflichten auf.

(3) Über die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien hinaus werden in den Begutachtungs-Richtlinien die Begutachungskriterien erläutert. Die Richtlinien sind für die Pflegekassen und den MDK verbindlich.

(4) Der MDK soll die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Hierzu wurden auf regionaler Ebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem MDK Vereinbarungen über ärztliche Informationen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit geschlossen. Darüber hinaus hat der MDK mit Einverständnis des Versicherten auch dessen pflegende Angehörige, Lebenspartner und sonstige an der Pflege beteiligte Personen oder Dienste in die Begutachtung mit einzubeziehen und zu befragen.

Bei zwischenzeitlich eingetretenem Tod des Antragstellers ist das laufende Antrags- und Begutachtungsverfahren fortzuführen. Aufgrund der geschlossenen Vereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den MDK nach § 18 Abs. 3 SGB XI sind Arztanfragen für zwischenzeitlich verstorbene Antragsteller vorgesehen, so dass bei diesen Fallgestaltungen eine Begutachtung nach Aktenlage durch den MDK realisierbar ist.

2. Untersuchungsort/Begutachtungsfristen

(1) Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit ist ein komplexer Begutachtungsvorgang, der aus einer zielorientierten Untersuchung besteht. Der MDK hat den Versicherten im Wohnbereich zu untersuchen. Die Untersuchung soll gezielt die den individuellen Hilfebedarf verursachenden Fähigkeitsstörungen und – im Hinblick auf evtl. vorhandenes Rehabilitationspotenzial – die vorhandenen Ressourcen des Antragstellers bei den Verrichtungen des täglichen Lebens im Sinne des § 14 SGB XI sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit erfassen. Die Untersuchung erfolgt durch Ärzte bzw. Pflegefachkräfte.

Die Pflegekassen und Medizinischen Dienste haben sicherzustellen, dass den Versicherten zeitnah die Entscheidungen über die von Ihnen beantragten Leistungen vorliegen. Im Regelfall soll die Bearbeitungsfrist vom Antragseingang bei der zuständigen Pflegekasse bis zur Zustellung des Leistungsbescheids an den Antragsteller eine Dauer von fünf Wochen nicht überschreiten. Für besondere Fallgestaltungen, in denen Leistungsentscheidungen kurzfristig erforderlich sind, um die Weiterversorgung zu organisieren oder ergänzende Ansprüche realisieren zu können, sieht die gesetzliche Regelung explizite Fristen für die Begutachtung des MDK vor. So ist die Begutachtung durch den MDK in der Einrichtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn

- sich der Versicherte in einer Einrichtung (z. B. im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung) befindet und Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
- die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde.

Diese Frist kann in regionalen Vereinbarungen verkürzt werden. Befindet sich der Versicherte in einem Hospiz oder wird ambulant palliativ versorgt gilt auch insoweit die verkürzte Begutachtungsfrist von einer Woche. Darüber hinaus gilt für Antragsteller, die im häuslichen Bereich gepflegt werden, ohne palliativ versorgt zu werden, eine Begutachtungsfrist von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse, wenn gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz angekündigt wurde. In diesen Fällen ist es umso wichtiger, dass die Pflegekasse dem MDK bei Eingang des Antrags oder aufgrund anderer vorliegender Hinweise die relevanten Unterlagen für die Durchführung der Begutachtung unverzüglich, z. B. per Fax, zur Verfügung stellt.

Mit der Einwilligung des Versicherten schließt die Begutachtung in Einrichtungen im Einzelfall auch die Begutachtung der häuslichen Situation mit ein, um ein möglichst reibungsloses Anlaufen der Leistungen der Pflegekasse (z. B. Kurzzeitpflege im direkten Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung) zu gewährleisten. Bei Versicherten, die Leistungen der vollstationären Pflege beantragt haben und deren Wohnung bereits aufgelöst ist, erfolgt die Begutachtung im stationären Bereich.

(2) Steht das Ergebnis der Begutachtung aufgrund eindeutiger Aktenlage bereits fest, kann die Begutachtung im Wohnbereich des Versicherten ausnahmsweise unterbleiben. Erforderliche andere Feststellungen (z. B. zur pflegerischen Versorgung, Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder zur Verbesserung des Wohnumfeldes) können dennoch einen Hausbesuch erfordern.

(3) Lässt der Versicherte sich nicht in seiner häuslichen Umgebung begutachten, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern (§§ 62, 66 SGB I gelten). Lebt der Versicherte in der Wohnung eines Dritten (z. B. eines Angehörigen) gilt dies ebenfalls, und zwar selbst dann, wenn nur der Wohnungsinhaber die Begutachtung in der Wohnung verhindert. Verweigert ein bereits anerkannter Pflegebedürftiger eine Begutachtung, die für die Feststellung einer höheren Pflegestufe erforderlich ist, führt die Verweigerung nicht zum Wegfall der Leistungen nach der niedrigeren, bereits anerkannten Pflegestufe, es sei denn, am Fortbestehen dieser Pflegestufe bestehen Zweifel.

3. Untersuchungsergebnis

Der MDK teilt der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung in dem verbindlichen Formulargutachten (vgl. Punkt G "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI" der Begutachtungs-Richtlinien) unverzüglich mit. In dem Gutachten ist differenziert zu folgenden Sachverhalten Stellung zu nehmen:

- Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit und Beginn der Pflegebedürftigkeit/Höherstufung,
- Pflegestufe,
- Prüfung, ob und inwieweit ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (§ 36 Abs. 4 SGB XI, § 43 Abs. 3 SGB XI; vgl. Härtefall-Richtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI),
- Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz, bei häuslicher Pflege auch deren Graduierung (§§ 45a, 45b sowie 87b SGB XI),
- Umfang der Pflegetätigkeit der jeweiligen Pflegeperson(en) (§ 44 SGB XI, § 166 Abs. 2 SGB VI).

Beantragt der Versicherte vollstationäre Pflege, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist.

Des Weiteren hat der MDK, soweit erforderlich, über die derzeitige Versorgungssituation hinausgehend in einem Empfehlungsteil (individueller Pflegeplan) Aussagen

- über die im Bereich der pflegerischen Leistungen im Einzelfall erforderlichen Hilfen,
- über notwendige Hilfs- und Pflegehilfsmittel (§ 33 SGB V, § 40 SGB XI),

- zu dem Ergebnis der Prüfung, ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind sowie
- zur Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und zur Notwendigkeit der Wiederholungsbegutachtung sowie zum Zeitpunkt der Wiederholungsbegutachtung

zu machen.

Beantragt der Versicherte Pflegegeld, erstreckt sich die Stellungnahme auch darauf, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Die vom MDK gegebenen Empfehlungen teilt die Pflegekasse dem Versicherten im Zusammenhang mit ihrer Entscheidung zum Leistungsantrag mit.

Sofern der Träger der Sozialhilfe zur Prüfung der Leistungspflicht nach § 61 Abs. 1 SGB XII das Gutachten des MDK benötigt, kann die Pflegekasse dieses zur Verfügung stellen, wenn der Versicherte von der Pflegekasse in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hingewiesen wurde und nicht widersprochen hat (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

4. Wiederholungsbegutachtungen

(1) Die Begutachtung durch den MDK ist in angemessenen Zeitabständen auf der Grundlage der Empfehlung des MDK zu wiederholen, sofern der Pflegekasse nicht vorher eine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation (z. B. Verschlimmerung) bekannt wird. In diesen Fällen stellt die Pflegekasse dem MDK die relevanten Unterlagen zur Verfügung. Ein Wechsel zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege stellt keine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation dar. Die Angemessenheit der Zeitabstände richtet sich insbesondere nach dem vom MDK ermittelten Befund und nach der über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit abgegebenen Prognose. Wiederholungsbegutachtungen dienen insbesondere der Prüfung, ob

- und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder andere Leistungen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind,
- Hinweise zur Sicherstellung der häuslichen Pflege oder
- Leistungen nach § 40 SGB XI

angezeigt sind bzw. gegeben werden können, oder ob

- die zuerkannte Pflegestufe noch zutreffend ist.

Dabei sind die Intervalle für Wiederholungsbegutachtungen im Einzelfall festzulegen (vgl. Ziffer 8 des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI).

(2) Beantragt der Pflegebedürftige nach Anerkennung der Pflegebedürftigkeit eine Höherstufung, entspricht das Verfahren dem bei einem Neuantrag. Die Pflegekasse stellt hierfür dem MDK die relevanten Unterlagen für die Durchführung der Begutachtung zur Verfügung.

(3) Soweit die Pflegekasse – z. B. aufgrund des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Hinweise erhält, dass die häusliche Pflege nicht mehr in geeigneter Weise sichergestellt ist, kommt eine erneute Begutachtung durch den MDK in Betracht.

5. Anerkennung von Gutachten der Pflegekassen, der PKV oder eines anderen die Pflegeversicherung betreibenden Versicherungsunternehmens

Innerhalb der sozialen Pflegeversicherung werden für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe angelegt. Bei einem Kassenwechsel innerhalb der sozialen Pflegeversicherung kann grundsätzlich das bestehende Pflegegutachten anerkannt werden. Den Pflegekassen bleibt es unbenommen, die Leistungsvoraussetzungen erneut zu prüfen, wenn sie dies für notwendig halten.

Nach § 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI ist das private Krankenversicherungsunternehmen oder ein anderes die Pflegeversicherung betreibendes Versicherungsunternehmen verpflichtet, für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen. Insofern basiert das von diesen Unternehmen veranlasste bzw. erstellte Gutachten gleichfalls auf den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien.

Mit Blick auf die in der privaten und sozialen Pflegeversicherung gleichen Begutachtungsmaßstäbe dürfte eine Neubegutachtung – bei einem Wechsel von der privaten in die soziale Pflegeversicherung – nicht erforderlich sein. D. h., die vorliegenden Gutachten gelten für beide Versicherungszweige. Sollten bei der sozialen Pflegeversicherung begründete Zweifel an dem vorliegenden Gutachten bestehen, so ist eine erneute Begutachtung einzuleiten.

6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zuständiger Träger

Im Rahmen der Prüfung, ob und inwieweit die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind bzw. welche Pflegestufe vorliegt, hat der MDK u. a. Feststellungen darüber zu treffen, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, die zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit beitragen. Insoweit haben die Versicherten gegenüber anderen Leistungsträgern als den Pflegekassen, insbesondere gegenüber der Krankenkasse oder dem RV-Träger einen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. §§ 31, 32 SGB XI) § 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI ist als Signal zu verstehen, die bestehenden rehabilitativen Möglichkeiten zu nutzen, um die Situation des Versicherten zu verbessern (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V).

Leistungsarten, Grundsätze § 28 SGB XI

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

- 1. Pflegesachleistung (§ 36),*
- 2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),*
- 3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),*
- 4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),*
- 5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40),*
- 6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),*
- 7. Kurzzeitpflege (§ 42),*
- 8. Vollstationäre Pflege (§ 43),*
- 9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a),*
- 10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),*
- 11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44a),*
- 12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),*
- 13. zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b),*
- 14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.*

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

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

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

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

1. Leistungsarten

§ 28 Abs. 1 SGB XI enthält die enumerative Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung, ohne selbst eine anspruchsbegründende Bestimmung zu sein. Die konkreten Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den §§ 14 bis 18 SGB XI sowie den §§ 7a, 28 Abs. 2 bis 45 und 45b SGB XI und aus § 91 SGB XI.

2. Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte

(1) Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte erhalten von ihren Dienstherrn keine Zuschüsse zu den Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung, sondern die Leistungen der Heilfürsorge und Beihilfe. Damit sie ebenso wie Arbeitnehmer nur zur Hälfte mit Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung belastet werden, sieht § 59 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. § 55 Abs. 1 SGB XI die alleinige Beitragspflicht dieses Personenkreises in Höhe des halben Beitragsatzes zur Pflegeversicherung vor. Dementsprechend erhalten sie – unabhängig ob in der GKV freiwillig oder pflichtversichert – die ihnen nach den §§ 36 bis 43a und 45b SGB XI zustehenden Leistungen nur zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen (vgl. § 28 Abs. 2 SGB XI).

(2) Die Absenkung der Leistungen auf die Hälfte gilt auch für die beitragsfrei mitversicherten Familienversicherten, die nach dem Beihilferecht berücksichtigungsfähig sind. Bei der Absenkung wird nicht danach differenziert, wie hoch der Beihilfesatz bei der jeweiligen Person ist. Sollte jedoch beispielsweise die Ehefrau eines Beamten in der GKV versicherungspflichtig oder freiwillig versichert und in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig versichert sein, besteht für die familienversicherten Angehörigen nach § 25 SGB XI ein Anspruch nach dem Pflege-Versicherungsgesetz in voller Höhe.

Zu den verschiedenen Fallgestaltungen hat das Bundesministerium des Innern in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Stellung genommen (vgl. Anlage 4 – Schreiben des Bundesministeriums des Innern vom 22.03.1995 – Az.: D III 5 – 213 106-7/5 –).

3. Aktivierende Pflege

(1) Die von Pflegekräften, Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen erbrachte Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurück zu gewinnen. Sie fördert und sichert vorhandene und wieder erlernbare Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen, unterstützt seine Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit und leitet den Pflegebedürftigen an, bei der Ausführung aller Pflegeleistungen mitzuhelfen. Aktivierende Maßnahmen sollen alle körpernahen Verrichtungen einbeziehen, aber auch die hauswirtschaftliche Versorgung, die Organisation des Tagesablaufs und die Gestaltung der Wohnung oder des Pflegeheimes. Die Angehörigen und der Lebenspartner sollen sich an der aktivierenden Pflege beteiligen.

(2) Die aktive Einbeziehung des Pflegebedürftigen ist eine wesentliche Voraussetzung, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, den Pflegezustand zu verbessern oder einer Verschlimmerung vorzubeugen. Dazu gehört z. B. die Ermunterung und ggf. Hilfestellung beim bettlägerigen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und Umhergehen, die geistige Anregung insbesondere bei alleinstehenden, vereinsamten Menschen, die Anleitung zum selbständigen Essen statt passiver Nahrungsaufnahme.

(3) Die aktivierende Pflege stellt keine besondere – bei Vorliegen der Voraussetzungen nach §§ 14, 15 SGB XI – von der Pflegekasse zu gewährende Leistung dar, sondern ist Ziel und Bestandteil der nach den §§ 36 ff. SGB XI zu gewährenden Pflege. Sie findet deshalb auch keine besondere Berücksichtigung bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe.

(4) Soweit die Pflege durch Pflegebedürftige selbst sichergestellt wird (Pflegegeld nach § 37 SGB XI), ist in den von den Pflegekassen durchzuführenden Pflegekursen darauf hinzuwirken, dass auch Angehörige, Lebenspartner und sonstige ehrenamtlich tätige Pflegepersonen aktivierend pflegen.

4. Kommunikationsbedürfnis

Die Erfüllung des Kommunikationsbedürfnisses ist Bestandteil der sozialen Betreuung. Diese stellt bei häuslicher Pflege keine besondere – bei Vorliegen der Voraussetzungen nach §§ 14, 15 SGB XI – von der Pflegekasse zu gewährende Leistung dar. Allerdings ist bei der Pflege gleichzeitig auf das Kommunikationsbedürfnis des Pflegebedürftigen einzugehen. In Fällen, in denen eine Vereinsamungstendenz des Pflegebedürftigen beobachtet wird, soll sich die Pflegekraft deshalb auch um die Vermittlung von Gesprächsmöglichkeiten für den Pflegebedürftigen insbesondere mit ehrenamtlichen Kräften bemühen. Hierbei ist den besonderen Bedürfnissen seelisch oder geistig behinderter Menschen Rechnung zu tragen.

Bei stationärer Pflege ist die soziale Betreuung Bestandteil des von der Pflegeversicherung abgedeckten Leistungsrahmens.

Wirtschaftlichkeitsgebot § 29 SGB XI

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

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

1. Wirtschaftlichkeitsgebot

Analog zu dem im § 12 Abs. 1 SGB V normierten Wirtschaftlichkeitsgebot für die GKV ist auch bei den Leistungen der Pflegeversicherung auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu achten. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind nicht bewilligungsfähig und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der Pflegeversicherung bewirken. Entsprechendes gilt nach § 28 Abs. 3 SGB XI für Leistungen, die nicht nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden. Eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots enthalten die §§ 70 ff. SGB XI.

2. Leistungserbringer

(1) Die Leistungen nach den §§ 36 bis 43 SGB XI (ausgenommen die nach den §§ 37 Abs. 1 und 39 SGB XI) dürfen nur bei Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, mit denen die Pflegekassen oder die für sie tätigen Verbände Verträge abgeschlossen haben oder mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI als abgeschlossen gilt. Näheres regeln die §§ 72 bis 78 SGB XI.

(2) Bei Inanspruchnahme von Pflegeeinrichtungen, die zwar mit den Pflegekassen in einem Vertragsverhältnis hinsichtlich der Leistungserbringung stehen, mit denen aber keine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 SGB XI besteht, ist der Leistungsanspruch nicht ausgeschlossen, sondern bestimmt sich nach § 91 SGB XI.

Dynamisierung § 30 SGB XI

Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden. Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor. Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

1. Dynamisierung der Leistungen

Das Gesetz sieht eine Dynamisierung aller Leistungen der Pflegeversicherung vor. Eine Änderung der Leistungen erfolgt allerdings nicht automatisch. Vielmehr prüft die Bundesregierung – beginnend im Jahr 2014 – alle drei Jahre, ob und inwieweit eine Dynamisierung geboten ist. Für die Prüfung einer Dynamisierung soll die kumulierte Inflationsentwicklung (Anstieg des Verbraucherpreisindex) der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre als Orientierungswert dienen. Die Bundesregierung ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe einer Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung jeweils zum 1. Januar festzulegen.

Vorrang der Rehabilitation vor Pflege **§ 31 SGB XI**

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

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

(3) Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 18 Abs. 6) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Soweit der Versicherte eingewilligt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu informieren. Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Abs. 1 zu erbringen.

1. Feststellungspflicht

(1) Die Pflegekassen haben (wie der MDK nach § 18 Abs. 1 SGB XI) bei der Beantragung von Leistungen nach dem SGB XI bzw. bei ihnen z. B. nach § 7 Abs. 2 SGB XI bekannt werdender drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob und ggf. welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet und zumutbar sind, eine Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Hinsichtlich der Zumutbarkeit solcher Leistungen sind die §§ 63 und 65 SGB I zu beachten. Die Prüfpflicht für die Pflegekasse besteht auch während der Leistungserbringung, wenn sich Anhaltspunkte für die Zweckmäßigkeit einer solchen Prüfung ergeben (z. B. bei einer Veränderung der bei der Leistungsentscheidung vorgelegenen Ausgangssituation) und im Zusammenhang mit Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Abs. 2 Satz 5 SGB XI (vgl. Ziffer 4 zu § 18 SGB XI).

(2) Die Pflegekassen sind verpflichtet, den Versicherten und mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt sowie den zuständigen Rehabilitationsträger über das Vorliegen einer Feststellung, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf eines Versicherten an den zuständigen Rehabilitationsträger wird ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst, sofern der Versicherte dem zugestimmt hat. Dadurch werden die in § 14 des Neunten Buches geregelten Entscheidungsfristen in Gang gesetzt. Eine weitere Begutachtung durch den MDK oder die Einschaltung des Hausarztes zur Ausstellung der „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Muster 61) durch die Krankenkasse ist für eine Einleitung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht angezeigt.

2. Zusammenarbeit

Wie auch in § 5 SGB XI normiert, bedarf es einer engen Zusammenarbeit der Pflegekasse mit den in Frage kommenden Leistungsträgern. Vor diesem Hintergrund sieht § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB XI vor, dass die Pflegekasse über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich informiert wird. Im Kontext des umfänglichen Beratungs- und Unterstützungsauftrags nach § 7a SGB XI (Pflegeberatung) prüft die Pflegekasse in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt worden sind. Sofern dies nicht erfolgt ist, ist die ggf. veränderte Bedarfslage zu prüfen und ggf. der Versorgungsplan anzupassen. Im Übrigen gilt § 32 SGB XI.

3. Unterstützungspflicht

Die Pflegekassen unterstützen die Versicherten erforderlichenfalls bei der Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim zuständigen Rehabilitationsträger (vgl. § 16 Abs. 3 SGB I). Die Pflicht des Rehabilitationsträgers zur Hilfe bei der Antragstellung bleibt unberührt.

4. Leistungspflicht der Krankenversicherung

Die Krankenversicherung hat auch nach eingetretener Pflegebedürftigkeit ihre medizinischen und ergänzenden Leistungen nach § 11 Abs. 2 SGB V einzusetzen, um Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation § 32 SGB XI

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

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

1. Allgemeines

Ist nach Kenntnis der Pflegekasse die sofortige Leistungserbringung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten und ist die sofortige Einleitung der erforderlichen Leistungen durch den zuständigen Leistungsträger nicht sicher gestellt, stellt die Pflegekasse vorläufige Leistungen zur Verfügung.

2. Vorläufige Leistungsgewährung

Hat die Pflegekasse den zuständigen Leistungsträger (z. B. Kranken-/Renten-/Unfallversicherung) über die Notwendigkeit (Eilbedürftigkeit) der Einleitung medizinischer Rehabilitationsleistungen unterrichtet, ist sie auch zur Feststellung verpflichtet, ob der zuständige Rehabilitationsträger – spätestens vier Wochen nach Antragstellung – Leistungen zur Verfügung gestellt hat. Ist dieses nicht der Fall, stellt die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Verfügung.

Die in Vorleistung getretene Pflegekasse hat gegen den zuständigen Leistungsträger einen Erstattungsanspruch nach § 102 SGB X.

Leistungsvoraussetzungen **§ 33 SGB XI**

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. Die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen im Befristungszeitraum nicht aus, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welcher Pflegestufe der Pflegebedürftige zuzuordnen ist.

(2) Anspruch auf Leistungen besteht:

- 1. in der Zeit vom 1. Januar 1996 bis 31. Dezember 1996, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens ein Jahr,*
- 2. in der Zeit vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 1997, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre,*
- 3. in der Zeit vom 1. Januar 1998 bis 31. Dezember 1998, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens drei Jahre,*
- 4. in der Zeit vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 1999, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens vier Jahre,*
- 5. in der Zeit ab 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre in der Zeit ab 1. Juli 2008, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre*

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

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

1. Antragstellung

(1) Die Leistungsgewährung der Pflegekasse ist von einer Antragstellung abhängig (§ 19 Satz 1 SGB IV). Antragsberechtigt ist der Versicherte bzw. ein von ihm Bevollmächtigter, sein Betreuer oder gesetzlicher Vertreter, in den Fällen der §§ 44 und 45 i. V. m. § 19 SGB XI die Pflegeperson, in den Fällen des § 44a SGB XI der Beschäftigte im Sinne von § 3 i.V.m. § 7 Pflegezeitgesetz. Als Antrag gilt auch die der Pflegekasse mit Einwilligung des Versicherten zugehende Information von Dritten nach § 7 Abs. 2 SGB XI (vgl. § 20 SGB X), sofern der Versicherte später nichts Gegenteiliges erklärt.

(2) Das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte nicht durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen; diese werden im Rahmen der generell zu veranlassenden Prüfung durch den MDK (§ 18 SGB XI) festgestellt.

2. Leistungsbeginn

2.1 Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

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

Beispiel 1 (§ 33 Abs. 1 Satz 2, 1. Halbsatz)

Antrag auf Pflegegeld	28.01.
Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch den MDK	22.02.
Pflegebedürftigkeit liegt vor seit	07.01.

Ergebnis:

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab	<u>28.01.</u>
------------------------------------	---------------

Beispiel 2 (§ 33 Abs. 1 Satz 2, 2. Halbsatz)

Antrag auf Pflegegeld	08.01.
Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch den MDK	16.02.
Pflegebedürftigkeit liegt vor seit	01.02.

Ergebnis:

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab	<u>01.02.</u>
------------------------------------	---------------

Wenn der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt wird, setzt die Leistungsgewährung ab Beginn des Antragsmonats ein. Die Monatsfrist ermittelt sich unter Beachtung von § 26 SGB X i. V. m. §§ 187 – 193 BGB.

Beispiel 3 (§ 33 Abs. 1 Satz 3)

Antrag auf Pflegegeld	28.02.
Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch den MDK	08.04.
Pflegebedürftigkeit liegt vor seit	14.01.

Ergebnis:

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab	<u>01.02.</u>
------------------------------------	---------------

Die Regelung des § 33 Abs. 1 Satz 3 SGB XI kann sich für Versicherte, die rechtzeitig innerhalb der Monatsfrist einen Leistungsantrag stellen, nachteilig auswirken. Dies wäre z. B. der Fall, wenn der Versicherte im vorherigen Beispiel bereits am 12.02. einen Leistungsantrag gestellt hätte. Unter Beachtung von § 33 Abs. 1 Satz 2 SGB XI wäre der 12.02. auch der Tag des Leistungsbeginns. Ein solches Ergebnis entspricht nicht der Intention des Gesetzgebers. Insofern beginnt auch bei dieser Fallgestaltung die Leistung ab dem 1. des Antragsmonats.

Beispiel 4

Antrag auf Pflegegeld	12.02.
Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch den MDK	16.03.
Pflegebedürftigkeit liegt vor seit	14.01.

Ergebnis:

Obwohl die Antragstellung innerhalb der Monatsfrist (bis 14.02.) erfolgt ist, beginnt die Leistungsgewährung mit dem 01.02.

Nachteile können sich dadurch ergeben, dass vielfach bei einem im Laufe des Monats gestellten Leistungsantrag seitens des MDK die Pflegebedürftigkeit fiktiv auf den Beginn des Antragsmonats festgelegt wird. Auch hier läge eine rechtzeitige Antragstellung innerhalb der Monatsfrist vor, so dass unter Beachtung von § 33 Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Leistung erst mit dem Tag der Antragstellung einsetzen könnte. Wie im Beispiel zuvor entspricht dieses Ergebnis ebenfalls nicht der Intention des Gesetzgebers. Die Leistung beginnt somit auch bei dieser Fallgestaltung ab dem 1. des Antragsmonats.

Beispiel 5

Antrag auf Pflegegeld	28.01.
Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch den MDK	22.02.
Pflegebedürftigkeit wird festgelegt auf den	01.01.

Ergebnis:

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab	<u>01.01.</u>
------------------------------------	---------------

(2) Wurde der Leistungsantrag bei einem unzuständigen Leistungsträger, bei einer Gemeinde oder bei einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland gestellt, gilt der Antrag nach § 16 Abs. 2 SGB I als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei der unzuständigen Stelle eingegangen ist. Gleiches gilt für Leistungsanträge, die gegenüber dem Pflegeberater nach § 7a SGB XI gestellt wurden (vgl. Ziffer 4 Abs. 5 zu § 7a SGB XI).

2.2 Antrag auf Höherstufung

Für den Leistungsbeginn bei einer Höherstufung, die aufgrund einer Beantragung auf Zuerkennung einer höheren Pflegestufe oder einer von Amts wegen veranlassten Nachuntersuchung festgestellt wird, ist § 48 SGB X zu beachten. Dies hat zur Folge, dass die Höherstufung mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse an erfolgt.

Beispiel 1

Pflegebedürftiger erhält Leistungen nach § 36 SGB XI nach der Pflegestufe II seit	01.02.
Antrag auf Höherstufung nach der Pflegestufe III am	17.09.
Begutachtung durch den MDK am	23.10.
Pflegebedürftigkeit nach der Pflegestufe III liegt vor seit	01.07.

Ergebnis:

Anspruch auf Leistungen nach der Pflegestufe III besteht ab	<u>01.07.</u>
---	---------------

Beispiel 2

Pflegebedürftiger erhält Leistungen nach § 37 SGB XI nach der Pflegestufe II seit	01.01.
vollstat. Krankenhausbehandlung ab	08.11.
Antrag auf Höherstufung nach der Pflegestufe III am	13.11.
Begutachtung durch den MDK am	17.11.
Pflegebedürftigkeit nach der Pflegestufe III liegt vor seit	08.11.

Ergebnis:

Anspruch auf Leistungen nach der Pflegestufe III besteht ab	<u>08.11.</u>
---	---------------

Beispiel 3

Pflegebedürftiger erhält Leistungen nach § 43 SGB XI nach der Pflegestufe II seit	01.02. des Vorjahres
Antrag auf Höherstufung nach der Pflegestufe III am	05.05.
Begutachtung durch den MDK am	28.05.
Pflegebedürftigkeit nach der Pflegestufe III liegt vor seit	01.03.

Ergebnis:

Anspruch auf Leistungen nach der Pflegestufe III besteht ab 01.03.

Hinsichtlich der Konsequenzen für den vollstationären Bereich siehe auch Ausführungen zu Ziffer 10 und 11 zu § 87a SGB XI.

3. Befristung des Leistungsbescheides

In begründeten Fällen haben Pflegekassen die Möglichkeit, den Leistungsbescheid über die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen zu befristen. Auf diese Möglichkeit, den Leistungsbescheid mit einer Nebenbestimmung zu versehen (vgl. § 32 Abs. 2 Nr. 1 SGB X), wird in § 33 Abs. 1 Sätze 4 ff. SGB XI explizit hingewiesen. Dies ist insbesondere im Kontext mit der Zielsetzung des § 31 Abs. 1 SGB XI zu sehen, wonach in jedem Einzelfall zu prüfen ist, ob und ggf. welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Stellt der MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18 Abs. 6 SGB XI explizit fest, dass insbesondere durch Maßnahmen der Rehabilitation eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, hat er eine entsprechende Prognose und Empfehlung für eine Wiederholungsbegutachtung abzugeben. Auf dieser Grundlage hat die Pflegekasse darüber zu entscheiden (pflichtgemäßes Ermessen), ob ausreichende Anhaltspunkte für eine Befristung des Leistungsbescheides vorliegen. Die bloße Empfehlung eines Wiederholungstermins ist insoweit nicht ausreichend.

Beispiel 1

Ein Versicherter wird auf Grund eines Motorradunfalls pflegebedürftig (Pflegestufe II). Die Pflegebedürftigkeit resultiert aus den erheblichen unfallbedingten Bewegungseinschränkungen. Nach den Feststellungen des MDK ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Bewegungseinschränkungen mit Hilfe medizinischer Rehabilitationsleistungen innerhalb von 15 Monaten zurückführbar sind, so dass sich der für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit maßgebende Hilfebedarf erheblich verändern wird. Mit dieser Prognose empfiehlt der MDK eine Wiederholungsbegutachtung in 15 Monaten.

Die Pflegekasse befristet vor diesem Hintergrund den Bescheid über die Anerkennung der Pflegestufe II.

Die Befristung kann wiederholt ausgesprochen werden, darf insgesamt jedoch den Zeitraum von 3 Jahren nicht überschreiten. Der Versicherte sollte in dem mit einer Befristung versehenen Bescheid darauf hingewiesen werden, dass bei einer wesentlichen Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse auch während des Befristungszeitraums eine Änderung der bewilligten Leistungen möglich ist.

Die Pflegekasse hat rechtzeitig vor Ablauf der Befristung von Amts wegen tätig zu werden und den weiteren Leistungsanspruch zu prüfen, um eine nahtlose Fortsetzung der Pflegeleistungen sicherzustellen, ohne dass der Pflegebedürftige einen neuen Antrag hierfür stellen muss. Für diese Überprüfung gelten die Regelungen des SGB X zum Verwaltungsverfahren (vgl. insbesondere §§ 24, 45 bis 48 SGB X) entsprechend.

Der explizite Hinweis in § 33 Abs. 1 Sätze 4 ff. SGB XI ist im Kontext der zum 01.07.2008 erweiterten Anforderungen an die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Rahmen der Pflegebegutachtung zu sehen (vgl. Ziffern 6 zu § 18, 1 zu § 31 SGB XI). Vor diesem Hintergrund war nicht beabsichtigt, die Bewilligungspraxis der Pflegekassen rückwirkend zu überprüfen. Von der Regelung sind von daher bis zum 30.06.2008 getroffene Entscheidungen der Pflegekassen ausgenommen.

4. Vorversicherungszeit

(1) Bei Versicherten, die bis zum 31.12.1995 ihren Leistungsantrag gestellt hatten, war – ungeachtet des Eintritts der Pflegebedürftigkeit – keine Vorversicherungszeit zu erfüllen, sofern aufgrund dieses Antrages Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. In den Fällen der Antragstellung in der Zeit vom 01.01.1996 bis 31.12.1999 war – ungeachtet des Eintritts der Pflegebedürftigkeit – eine stufenweise verlängerte Vorversicherungszeit zu erfüllen. Sie betrug zunächst 1 Jahr und wurde jährlich zum 01.01. um ein weiteres Jahr verlängert. Bei Antragstellung in der Zeit vom 01.01.2000 bis 30.06.2008 war eine Vorversicherungszeit von 5 Jahren innerhalb einer Rahmenfrist von 10 Jahren vor der Antragstellung

nachzuweisen. Mit Wirkung ab 01.07.2008 wurde die nachzuweisende Vorversicherungszeit von 5 Jahren auf 2 Jahre in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung reduziert. Hintergrund waren die im Rahmen des GKV-WSG erweiterten Regelungen zur Versicherungspflicht mit der Zielsetzung, alle Personen im Inland ab Versicherungsbeginn in den Schutz der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und damit auch der Pflegeversicherung einzubeziehen (vgl. insbesondere §§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sowie 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI).

Die Vorversicherungszeit ist in entsprechender Anwendung von § 26 Abs. 1 SGB X i. V. m. § 191 BGB in Jahre, Monate und Tage umzurechnen; hierbei werden Kalendermonate mit 30, Teilmonate mit den tatsächlichen und ein Kalenderjahr stets mit 365 Tagen berücksichtigt.

	Beispiel 1
Antrag auf Pflegeleistungen am	01.07.2008
Vorversicherungszeiten	01.01.1995 bis 30.06.1997 01.11.2004 bis fortlaufend
Pflegebedürftigkeit liegt seit Antragstellung vor	
Rahmenfrist	01.07.1998 bis 30.06.2008 = 10 Jahre
Anzurechnende Vorversicherungszeiten vom	01.11.2004 bis 30.06.2008 = 3 Jahre, 8 Monate
erforderliche Vorversicherungszeit	2 Jahre
Leistungsanspruch:	ja

Beispiel 2**Teil 1:****Antrag auf Pflegeleistungen am**

01.05.2008

Vorversicherungszeiten

01.04.2001 bis 31.12.2002

01.01.2008 bis fortlaufend

Pflegebedürftigkeit liegt seit Antragstellung vor**Rahmenfrist**

01.05.1998 bis 30.04.2008

= 10 Jahre

Anzurechnende Vorversicherungszeiten vom

01.04.2001 bis 31.12.2002

= 1 Jahr, 9 Monate

01.01.2008 bis 30.04.2008

= 4 Monate

erforderliche Vorversicherungszeit

5 Jahre

Leistungsanspruch:

nein

Teil 2:**erneuter Antrag auf Pflegeleistungen am**

01.07.2008

Vorversicherungszeiten

01.04.2001 bis 31.12.2002

01.01.2008 bis fortlaufend

Pflegebedürftigkeit liegt seit Antragstellung vor**Rahmenfrist**

01.07.1998 bis 30.06.2008

= 10 Jahre

Anzurechnende Vorversicherungszeiten vom

01.04.2001 bis 31.12.2002

= 1 Jahr, 9 Monate

01.01.2008 bis 30.06.2008

= 6 Monate

erforderliche Vorversicherungszeit

2 Jahre

Leistungsanspruch:

ja

(2) Als Vorversicherungszeit werden Zeiten der Versicherungspflicht als Mitglied in der sozialen Pflegeversicherung nach den §§ 20, 21 SGB XI sowie Zeiten im Rahmen der Familienversicherung nach § 25 SGB XI berücksichtigt. Für die Beurteilung der Vorversicherungszeit sind in jedem Fall Zeiten einer Unterbrechung bis zu einem Monat – in analoger Anwendung des § 19 SGB V – als unschädlich anzusehen. Insoweit gilt auch hier der Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung".

Zeiten einer freiwilligen Weiterversicherung bei Auslandsaufenthalten nach § 26 Abs. 2 SGB XI werden mitberücksichtigt. Für familienversicherte Kinder im Sinne des § 25 SGB XI und für versicherungspflichtige Kinder gemäß § 20 Abs. 3 SGB XI, die die Vorversicherungszeit selbst nicht erfüllen konnten, gilt die Vorversicherungszeit dann als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt (vgl. BSG-Urteil vom 19.04.2007, Az.: B 3 P 1/06 R, Abs. 13). Diese Regelung betrifft insbesondere von Geburt oder frühem Kindesalter an pflegebedürftige Kinder.

(3) Tritt Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung – z. B. durch die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder wegen des Bezugs einer Leistung der Arbeitsförderung (SGB III) – ein, besteht nach § 27 SGB XI die Möglichkeit, einen bestehenden (privaten) Pflegeversicherungsvertrag zu kündigen. Die Zeit der bis zum Beginn der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung **ununterbrochen** in der privaten Pflegeversicherung zurückgelegten Versicherungszeit wird angerechnet. Nicht angerechnet werden (z. B. vorherige) Versicherungszeiten in der privaten Pflegeversicherung, die nicht bis zum Beginn der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung andauerten.

(4) Hat ein Versicherter bei seiner Antragstellung die geforderte Vorversicherungszeit nicht erfüllt, sollte er darauf hingewiesen werden, zu welchem Zeitpunkt er bei fortlaufender Versicherung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt.

5. Besonderheiten bei Personen, für die ein Beitrittsrecht nach § 26a SGB XI bestand

Bei Personen, die bis zum 30.06.2002 vom Beitrittsrecht nach § 26a Abs. 1 SGB XI Gebrauch gemacht haben, besteht die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung rückwirkend seit 01.04.2001 und begründet bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen einen Leistungsanspruch. Die Vorversicherungszeit nach § 33 Abs. 2 SGB XI gilt als erfüllt.

Leistungsausschluss § 33a SGB XI

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

1. Allgemeines

Seit 01.04.2007 werden mit dieser Regelung Leistungsansprüche für Personen ausgeschlossen, die ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in Deutschland begründen, um über die Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder einer darauf beruhenden Familienversicherung Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen.

Das Nähere zur Durchführung soll die Pflegekasse in ihrer Satzung regeln.

2. Umfang des Leistungsausschlusses

Nach der Gesetzesbegründung sollen zum Schutz der Solidargemeinschaft vor einer missbräuchlichen Inanspruchnahme von Leistungen Fallgestaltungen erfasst werden, in denen der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich begründet wird, um Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (z. B. Pflegegeld, Pflegesachleistung, Tagespflege) in Anspruch zu nehmen. Der Leistungsausschluss umfasst damit alle Leistungen nach dem SGB XI.

3. Umsetzung

Der Nachweis des Tatbestands, dass sich Personen allein mit der Zielsetzung nach Deutschland begeben, um im Rahmen der Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI für sich oder ihre Familienangehörigen Leistungen in Anspruch zu nehmen, dürfte sich in der Praxis als schwierig erweisen.

Hierzu bietet es sich an, bei der ersten Kontaktaufnahme der betroffenen Personen neben der Abwicklung der Modalitäten zur Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses gleichzeitig die Motive für die Begründung des Aufenthalts in Deutschland abzuklären; das heißt, es sollte insbesondere ein Hinweis über die Vorschrift zum Leistungsausschluss erfolgen sowie eine Bestätigung der betroffenen Personen darüber eingefordert werden, dass der Aufenthalt nicht dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI für sich oder seine familienversicherten Angehörigen missbräuchlich Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Die zur Durchführung der Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI vereinbarten Mustervordrucke sehen vor, dass der Versicherte eine entsprechende Bestätigung abgibt.

Der Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung setzt zwar nach § 33 Abs. 2 Nr. 5 und 6 SGB XI das Erfüllen einer Vorversicherungszeit voraus, so dass auch insoweit einem Leistungsmissbrauch grundsätzlich vorgebeugt wird. Dies greift jedoch nicht, sofern die betroffene Person aus einem EWR-Staat oder aus der Schweiz heraus ihren Wohnsitz nach Deutschland verlegt, da in diesen Fällen die nach den Rechtsvorschriften des jeweiligen EWR-Staates bzw. der Schweiz zurückgelegten Versicherungszeiten so zu berücksichtigen sind, als ob sie in Deutschland zurückgelegt worden wären.

In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von den Versicherten für Leistungen gefordert werden kann, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden. Auf diese Konsequenzen werden die Versicherten bei Begründung der Versicherungspflicht in den o. a. Mustervordrucken aufmerksam gemacht.

Das Nähere zur Durchführung ist in der Satzung zu regeln.

Ruhe der Leistungsansprüche § 34 SGB XI

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

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

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

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

1. Auslandsaufenthalt

(1) Der Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder das anteilige Pflegegeld nach § 38 SGB XI weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistungen gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet. In Anlehnung an diese Regelung besteht bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt und aus Deutschland heraus organisierter Ersatzpflege (mitreisende Ersatzpflegekraft) auch Anspruch auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI (vgl. Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 11.05.2007, Az.: L 4 P 2828/06).

(2) Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange sich Versicherte im Ausland nicht nur vorübergehend aufhalten. Dies gilt ungeachtet dessen, ob sie bei Beginn des Auslandsaufenthalts bereits pflegebedürftig waren oder während eines dortigen Aufenthalts pflegebedürftig werden.

(3) Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat am 05.03.1998 in der Rechtssache C-160/96 bestätigt, dass es nicht gegen Artikel 6 und Artikel 48 Abs. 2 des EU-Vertrages verstößt, wenn ein Mitgliedsstaat Personen, die in seinem Gebiet arbeiten, jedoch in einem anderen Mitgliedsstaat wohnen, zu Beiträgen zu einem System der sozialen Sicherheit zur Deckung des Risikos der Pflegebedürftigkeit heranzieht. Ist daher aufgrund der Koordinierungsregelungen des Gemeinschaftsrechts deutsches Sozialversicherungsrecht anzuwenden, sind bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 20 SGB XI Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten.

(4) Wie der EuGH in seinem Urteil festgestellt hat, handelt es sich beim Pflegegeld nach dem SGB XI um eine Geldleistung im Sinne der Verordnungen (EWG) über soziale Sicherheit. Damit kommt für Versicherte deutscher Pflegekassen, die sich in einem anderen EWR-Staat oder der Schweiz aufhalten, der Export von Pflegegeld in Betracht (vgl. Artikel 19, Artikel 25, Artikel 28 VO (EWG) Nr. 1408/71 – EWGV 1408/71 –).

Näheres zu den Anspruchsvoraussetzungen zu den Leistungen nach dem SGB XI bei Auslandsaufenthalt ist dem als Anlage 5 beigefügten Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt vom 05.09.2006 zu entnehmen.

(5) In analoger Anwendung des § 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V ruht der Anspruch auf Leistungen, solange Versicherte sich in Untersuchungshaft befinden, nach § 126a StPO einstweilen untergebracht sind oder gegen sie eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird.

2. Bezug von Entschädigungsleistungen

(1) Wie in § 13 Abs. 1 SGB XI bereits normiert, sind die Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber gesetzlichen Entschädigungsleistungen nachrangig. § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI konkretisiert dies dahingehend, dass der Leistungsanspruch nach dem SGB XI in Höhe der Entschädigungsleistungen ruht. Zum Ruhen des Leistungsanspruchs nach dem SGB XI führen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit

- nach dem BVG, z. B. Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG oder die Kostenübernahme bei stationärer Pflege nach § 35 Abs. 6 BVG, oder
- aus der gesetzlichen Unfallversicherung, z. B. Hauspflege, Anstaltspflege oder Pflegegeld nach § 44 SGB VII, oder
- aus der Unfallversorgung nach öffentlichem Dienstrecht, z. B. nach dem Beamten- oder Soldatenversorgungsgesetz oder nach dem Deutschen Richterrecht, oder

- aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung.

(2) Das Ruhen des Leistungsanspruchs nach dem SGB XI wegen Bezugs von Entschädigungsleistungen tritt nur in Höhe der bezogenen Entschädigungsleistungen ein. Hiermit soll eine Überversorgung durch Doppelleistungen vermieden werden, da die beiden in Betracht kommenden Leistungen im Wesentlichen dem gleichen Zweck dienen und zeitgleich bezogen bzw. beansprucht werden können.

Ergibt sich aus dem Antrag, dass die Pflegebedürftigkeit zumindest überwiegend aufgrund einer anerkannten Schädigung besteht, der Berechtigte vom Versorgungsamt aber keine oder nur eine geringe Pflegezulage nach § 35 BVG erhält, leitet die Pflegekasse die Unterlagen an das örtlich zuständige Versorgungsamt weiter, da der bei der Pflegekasse gestellte Antrag im Sinne des § 16 Abs. 2 Satz 1 SGB I die Zahlung oder Erhöhung einer Pflegezulage nach § 35 BVG begründet. Der Antrag auf Pflegezulage nach § 35 BVG gilt dann nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB I als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei der Pflegekasse eingegangen ist.

Ist der Leistungsanspruch nach den §§ 36 bis 43 SGB XI höher, ist der Differenzbetrag von der Pflegekasse zu erbringen (vgl. Ziffer 3 Abs. 2 zu § 38 SGB XI).

In § 35 BVG sind die Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI), teilstationärer Pflege (§ 41 SGB XI) oder Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) nicht ausdrücklich genannt. Allerdings bestimmt § 35 Abs. 2 Satz 4 BVG, dass die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen entsprechend zu erhöhen ist, wenn vorübergehend Kosten für fremde Hilfe entstehen. Hierbei wird eine Begrenzung auf die Höchstdauer der Kostenübernahme bei Verhinderung der Pflegeperson vorgenommen, und nicht auf eine Mindestdauer (z. B. stunden- oder tageweise) abgestellt. § 35 Abs. 2 Satz 4 BVG nennt die Krankheit nur "insbesondere" als konkreten Grund für die vorübergehende Verhinderung der Pflegeperson. Die nicht ausdrücklich genannten Gründe wie Urlaub oder andere vergleichbare Gründe sind in ihrer rechtlichen Wirkung der Krankheit jedoch gleichzustellen. Dies kann auch im Einzelfall für eine stundenweise Abwesenheit der Pflegeperson (z. B. für einen Arztbesuch) gelten. Die Versorgungsämter übernehmen die anfallenden Kosten in voller Höhe nach § 35 Abs. 2 Satz 4 BVG. Eine Leistungsgewährung durch die Pflegekasse kommt nur in Betracht, wenn die laufenden monatlichen Leistungen nach den §§ 36 bis 38 SGB XI bzw. § 41 SGB XI plus die einmalige jährliche Leistung nach § 39 SGB XI und/oder § 42 SGB XI höher sind als die Pflegeleistungen nach § 35 BVG. Wird der Leistungsrahmen der Ersatzpflege (§ 39 SGB XI) bereits bei einer einmaligen Inanspruchnahme (fiktiv) ausgeschöpft, ist ein Vergleichszeitraum zugrunde zu legen.

Beispiel 1

Pflegegeld in der Pflegestufe II und Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe III (Stand: 01.07.2008) in Höhe von 638,00 EUR

In dem Zeitraum vom 19.07.2008 bis 13.08.2008 (26 Kalendertage) wird in einer stationären Pflegeeinrichtung Ersatzpflege erbracht. Hierfür stellt die stationäre Pflegeeinrichtung für 26 Tage Ersatzpflege (= pflegebedingte Aufwendungen) einen Betrag in Höhe von 1.466,75 EUR in Rechnung.

Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht vom 01.07. bis 19.07.2008 (19 Tage) und vom 13.08. bis 31.08.2008 (19 Tage) in Höhe von 532,00 EUR (19/30 von 420 EUR x 2).

Das Pflegegeld in Höhe von 532,00 EUR plus der Anspruch auf die Ersatzpflege in Höhe von 1.470,00 EUR (= 2.002,00 EUR) sind der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 4 BVG für den Zeitraum vom 01.07. bis 31.08.2008 in Höhe von 2.742,75 EUR (638,00 EUR x 2 + 1.466,75 EUR) gegenüber zu stellen. Da die Pflegezulage nach § 35 BVG höher ist als nach dem SGB XI, kann der Pflegebedürftige keine Leistungen gegenüber seiner Pflegekasse beanspruchen.

Sofern die Pflege längerfristig in einer teilstationären Einrichtung (§ 41 SGB XI) sichergestellt werden kann, ist in einem solchen Fall die Regelung des § 35 Abs. 2 Satz 1 BVG anzuwenden, da diese Vorschrift keineswegs nur auf häusliche Pflege abstellt.

Da die Pflegezulage nach § 35 BVG auch die Betreuung des Pflegebedürftigen umfasst, ruhen grundsätzlich die Leistungen nach § 45b SGB XI. Eine Leistungsgewährung durch die Pflegekasse kommt nur in Betracht, soweit die laufenden monatlichen Leistungen nach den §§ 36 bis 38 SGB XI bzw. § 41 SGB XI plus die Leistung nach § 45b SGB XI im Kalenderjahr höher sind als die Pflegeleistungen nach § 35 BVG (vgl. auch Ziffer 5 zu § 13 SGB XI). Dies bedeutet, sofern die gesamten Leistungen nach dem SGB XI der Höhe nach über dem anzurechnenden Betrag der Pflegezulage nach § 35 BVG liegen, kann die Differenz ausgezahlt werden.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II, der die Sachleistungen nach § 36 SGB XI in Anspruch nimmt, erfüllt ab 01.08.2008 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45a SGB XI und erhält bis zu 100 Euro monatlich (Grundbetrag) nach § 45b SGB XI.

Pflegesachleistung	980,00 EUR x 12 = 11.760,00 EUR
Zusätzliche Betreuungsleistung	100 Euro x 5 = <u>500,00 EUR</u>
Gesamte Leistung nach dem SGB XI	12.260,00 EUR

Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe IV
(Stand: 01.07.2008) in Höhe von 820,00 EUR x 12 = 9.840,00 EUR

Da die Leistungen nach dem SGB XI höher sind als die Pflegezulage nach § 35 BVG kann der Pflegebedürftige die Differenz in Höhe von 2.420,00 EUR von seiner Pflegekasse beanspruchen.

Die vorstehenden Ausführungen sind analog auch auf die anderen Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, aus der Unfallversorgung nach öffentlichem Dienstrecht oder aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung anzuwenden.

Vom Ruhen ausgenommen bleibt in solchen Fällen regelmäßig der Anspruch der Pflegeperson auf die Entrichtung von Beiträgen zur gesetzlichen RV nach § 44 SGB XI, da entsprechende Beitragsleistungen an die RV im Entschädigungsrecht nicht vorgesehen sind. Sollte der Pflegekasse bekannt werden, dass Pflegegeld nach § 44 SGB VII gezahlt wird bzw. sich die Pflegeperson an die Pflegekasse wendet, so ist dies wie ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI zu werten. Der MDK ist somit zur Feststellung der Pflegestufe und zur Überprüfung des Zeitaufwandes der Pflegeperson einzuschalten. Unberührt bleibt auch der Anspruch auf die Leistungen nach § 45 SGB XI.

(3) Die Ruhensbestimmung des § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI gilt nicht in Bezug auf die (nachrangigen) Leistungen der Kriegsopferfürsorge (z. B. die Hilfe zur Pflege nach § 26c BVG).

3. Bezug von häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsleistungen

(1) Während des Bezuges von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V, während einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation (z. B. der gesetzlichen KV oder RV) ruht der Leistungsanspruch der häuslichen Pflege nach den §§ 36 bis 40 SGB XI grundsätzlich insoweit, als der Pflegebedürftige die Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

sowie die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln durch den jeweils zuständigen Leistungsträger bzw. von der stationären Einrichtung bereits erhält (Ausnahme: Beim Bezug von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V ruht der Anspruch auf Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI mangels eines adäquaten Leistungsanspruchs gegenüber der GKV nicht).

Bei Durchführung einer vollstationären Krankenhausbehandlung, stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation sowie bei häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V erfolgt für die ersten vier Wochen keine Kürzung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI oder anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI. Damit wird der in diesen Fallgestaltungen häufig, insbesondere bei behinderten Kindern oder bei altersverwirrten Menschen, fortbestehenden Pflegebereitschaft der häuslich Pflegenden Rechnung getragen.

Mit der erst durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zum 01.07.2008 explizit in den Gesetzeswortlaut aufgenommenen Regelung, wonach der Anspruch auf das ungekürzte Pflegegeld auch während der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V für die ersten vier Wochen fortbesteht, wurde die bereits zuvor von den Pflegekassen geübte Leistungspraxis aus Gründen der Rechtssicherheit gesetzlich legitimiert. Neue Leistungsansprüche sollten damit nicht geschaffen werden. Von daher ist der ungekürzte Anspruch auf das Pflegegeld weiterhin auf die Dauer von insgesamt bis zu vier Wochen begrenzt (vgl. Ziffer 2.2.2 zu § 37 SGB XI und Ziffer 3 Abs. 1 zu § 38 SGB XI), sofern häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V direkt im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung bzw. stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen wird. Sofern die Pflegebedürftigkeit während der vollstationären Krankenhausbehandlung/stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation festgestellt wird und auch erst ab diesem Zeitpunkt vorliegt, kann eine Zahlung des Pflegegeldes erst ab dem Tag vorgenommen werden, ab dem sich der Pflegebedürftige wieder in seiner häuslichen Umgebung befindet.

(2) Der Bezug häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Behandlungspflege) führt nicht zum Ruhen der Leistungen nach den §§ 36 bis 39 SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 13 SGB XI). Ferner schließt die Ruhensvorschrift nicht aus, dass einem Pflegebedürftigen, der sich noch im Krankenhaus befindet, bereits vor seiner Entlassung z. B. ein Pflegebett in der häuslichen Umgebung aufgestellt wird (§ 40 SGB XI). Auch eine Teilnahme der künftigen Pflegeperson an einem Pflegekurs zu Lasten der Pflegekasse ist nicht ausgeschlossen (§ 45 SGB XI).

(3) Zum Ruhen der Leistungen nach den §§ 36 bis 39 SGB XI bei Bezug von Haushaltshilfe wird auf die Hinweise zu § 13 SGB XI, Ziffer 2, verwiesen.

Erlöschen der Leistungsansprüche § 35 SGB XI

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

1. Allgemeines

Der Anspruch auf die Leistungen nach den §§ 36 bis 44a und 45b SGB XI besteht nur während der Dauer der Mitgliedschaft zur sozialen Pflegeversicherung. Nach dem Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung" sind jedoch vor dem Hintergrund der nachgehenden Leistungsansprüche nach § 19 SGB V Unterbrechungen der Versicherung von bis zu einem Monat unschädlich für den Leistungsanspruch (vgl. Ziffer 4 Abs. 2 zu § 33 SGB XI).

Zur unentgeltlichen Inanspruchnahme von Pflegekursen siehe Ausführungen zu § 45 SGB XI.

2. Wechsel der Kassenzuständigkeit/Erstattungsverzicht

Sind Leistungen der Pflegeversicherung aufgrund eines Kassenwechsels zu Unrecht erbracht worden, wird – im Hinblick auf den Finanzausgleich nach § 66 SGB XI – zur Minimierung des Verwaltungsaufwands auf die Geltendmachung von Erstattungsansprüchen gegen die "neue Pflegekasse" verzichtet.

**Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget
nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX
§ 35a SGB XI**

Pflegebedürftige können auf Antrag die Leistungen nach den §§ 36, 37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und § 41 auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches erhalten; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen. Der beauftragte Leistungsträger nach § 17 Abs. 4 des Neunten Buches hat sicherzustellen, dass eine den Vorschriften dieses Buches entsprechende Leistungsbewilligung und Verwendung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen gewährleistet ist. Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.

1. Allgemeines

Seit dem 01.01.2008 (bis 31.12.2007 waren Ermessensentscheidungen zu treffen) haben Menschen mit Behinderung einen Rechtsanspruch darauf, dass Leistungen zur Teilhabe auf ihren Antrag hin in Form eines Persönlichen Budgets ausgeführt werden. Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung getätigt. Sofern mehrere Leistungsträger beteiligt sind, wird das Persönliche Budget trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Als Leistungsträger kommen in Betracht:

- Krankenkassen,
- Pflegekassen,
- Rentenversicherungsträger,
- Unfallversicherungsträger,
- Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- Träger der Kriegsopferversorgung/-fürsorge,
- Jugendhilfeträger,
- Sozialhilfeträger,
- Integrationsämter und
- die Bundesagentur für Arbeit (vgl. § 17 Abs. 2-6 SGB IX).

Das Verfahren ist in der Budgetverordnung geregelt (BudgetV). Weitere Hinweise zur Ausgestaltung können den Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entnommen werden.

2. Leistungen der Pflegeversicherung als Teil eines Persönlichen Budgets

Die Leistungen der Pflegeversicherung können unter den in § 35a SGB XI genannten – im Vergleich zu den für die Teilhabeleistungen geltenden Voraussetzungen – einschränkenden Regelungen in ein trägerübergreifendes Persönliches Budget einfließen.

Danach können nicht alle Leistungen nach dem SGB XI, sondern nur die abschließend im Gesetz genannten, nachfolgenden Leistungen als Persönliches Budget ausgeführt werden:

- Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI; in Form von Gutscheinen),
- Pflegegeld (§ 37 Abs. 1 SGB XI; der Anspruch auf Vergütung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wird insoweit nicht einbezogen),
- Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI; budgetfähig sind als Geldleistung das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld sowie der Sachleistungsanteil in Form von Gutscheinen),
- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 2 SGB XI) sowie
- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI; in Form von Gutscheinen).

Bei der Ausstellung von Gutscheinen für die Inanspruchnahme der genannten Sachleistungen ist zu berücksichtigen, dass diese nur zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen berechtigen. Auch unter den Bedingungen des Persönlichen Budgets ist damit die Gewährung von Sachleistungsansprüchen im sog. Arbeitgebermodell nicht zulässig.

Pflegesachleistung **§ 36 SGB XI**

(1) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

(2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 14 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.

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

- 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
 - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,*
 - b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,*
 - c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,**

- 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
 - a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,*
 - b) 1040 Euro ab 1. Januar 2010,*
 - c) 1100 Euro ab 1. Januar 2012,**

- 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
 - a) 1470 Euro ab 1. Juli 2008,*
 - b) 1510 Euro ab 1. Januar 2010,*
 - c) 1550 Euro ab 1. Januar 2012.**

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als drei vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.

1. Allgemeines

(1) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Dies gilt auch dann, wenn der Pflegebedürftige in einer Altenwohnung oder in einem Altenwohnheim lebt. Hierbei ist es unerheblich, ob der Pflegebedürftige die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht.

(2) Der Anspruch auf häusliche Pflege ist jedoch ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 i. V. m. § 72 SGB XI handelt. In diesem Fall besteht ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI. Hält sich der Pflegebedürftige in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen i. S. des § 71 Abs. 4 SGB XI) auf, siehe Ziffer 12 zu § 87a SGB XI.

Darüber hinaus besteht in den nach § 71 Abs. 4 SGB XI genannten Einrichtungen kein Anspruch auf häusliche Pflege, wenn Pflegebedürftige dort gepflegt werden. Dazu gehören insbesondere Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Kindergärten, Schulen und Internate, Werkstätten und Wohnheime für behinderte Menschen. In diesen Einrichtungen werden zwar im Einzelfall auch Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens nach § 14 Abs. 4 SGB XI zur Verfügung gestellt; sie dienen jedoch von ihrer Grundausrichtung her einem anderen Zweck als der Pflege.

Mehrere Pflegebedürftige können Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie Betreuungsleistungen gemeinsam abrufen („Poolen“ von Leistungsansprüchen). Allerdings dürfen Betreuungsleistungen zulasten der Pflegeversicherung nur erbracht werden, wenn die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bei jedem der beteiligten Leistungsberechtigten sichergestellt sind.

2. Leistungserbringer

Die Pflegebedürftigen erhalten die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) als Sachleistung durch geeignete Pflegekräfte. Diese Pflegekräfte

müssen mittelbar oder unmittelbar in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse stehen. In Frage kommen Pflegekräfte,

- die bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI),
- die bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung nach den §§ 71 Abs. 1, 72 SGB XI angestellt sind,
- mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen hat.

3. „Poolen“ von Leistungsansprüchen

Mehrere Pflegebedürftige, die entweder in einer festen Wohngemeinschaft leben oder in sonstiger räumlicher Nähe (Nachbarn in einem Gebäude oder einer Straße), können Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung gemeinsam abrufen und dadurch entstehende Vorteile (Zeit- oder Kosteneinsparungen, z. B. durch gemeinsame Zubereitung von Mahlzeiten, Einkaufen für mehrere Pflegebedürftige) für sich nutzen. Dabei ist der einzelne Pflegebedürftige frei in seiner Entscheidung, ob er sich an einem solchen „Pool“ beteiligt. Ob und in welchem Umfang Vorteile durch das gemeinsame Abrufen von Pflegeleistungen entstehen, hängt im Wesentlichen von der vereinbarten Vergütungssystematik nach § 89 SGB XI sowie der konkreten Ausgestaltung des Pflegearrangements im Einzelfall ab. Sofern Zeit- oder Kosteneinsparungen entstehen, sind diese ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen, d. h. die beteiligten Pflegebedürftigen entscheiden selbst, ob sie z. B. eingesparte finanzielle Mittel individuell für den Einkauf weiterer Pflegeleistungen einsetzen. Sofern die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt ist, können die nicht für die pflegerische Versorgung benötigten Mittel auch für den individuellen oder gemeinschaftlichen Einkauf von Betreuungsleistungen verwendet werden (auch insoweit sind von den Vertragsparteien nach § 89 SGB XI Vergütungsvereinbarungen zu schließen). Beim gemeinschaftlichen Einkauf von Pflegeleistungen (insbesondere in der Hauswirtschaft) oder Betreuungsleistungen wird unterstellt, dass die Dienstleistungen zu gleichen Teilen auf die am „Pool“ beteiligten Pflegebedürftigen entfallen.

Unter Betreuungsleistungen in diesem Sinne sind solche zu verstehen, wie sie nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz als „besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung“ erbracht werden. Die Inanspruchnahme entsprechender Betreuungsleistungen schmälert einen ggf. bestehenden Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI nicht.

Der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung ist nachrangig gegenüber entsprechenden Betreuungsleistungen anderer Leistungsträger, unabhängig davon, ob es sich insoweit um Rechtsanspruchs- oder Ermessensleistungen handelt. In Frage kommen insbesondere Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 54 SGB XII und 27d BVG i. V. m. 33, 55 SGB IX).

4. Leistungsinhalt der Pflegeleistungen

Bei den Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, die von den Pflegekräften zu erbringen sind, handelt es sich im Einzelnen um Hilfeleistungen bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI aufgeführten Verrichtungen. Darüber hinausgehende Leistungen sind nicht zu erbringen. Die Pflege soll als aktivierende Pflege (vgl. Ziffer 3 zu § 28 SGB XI) erbracht werden.

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird der zeitliche Aufwand für die erforderlichen verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen (z. B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2, oro/tracheale Sekretabsaugung, Einmalkatheterisierung) berücksichtigt (vgl. Ziffer 2 zu § 15 SGB XI). Werden die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbracht, können diese Maßnahmen nicht gleichzeitig als Pflegesachleistung erbracht werden.

5. Leistungshöhe

(1) Der Gesamtwert der von der Pflegekasse zu erbringenden Pflegesachleistung ist im Kalendermonat

- bei der Pflegestufe I auf
 - a) 420,00 EUR ab 1. Juli 2008,
 - b) 440,00 EUR ab 1. Januar 2010,
 - c) 450,00 EUR ab 1. Januar 2012,

- bei der Pflegestufe II auf
 - a) 980,00 EUR ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.040,00 EUR ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.100,00 EUR ab 1. Januar 2012,

- bei der Pflegestufe III auf
 - a) 1.470,00 EUR ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.510,00 EUR ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.550,00 EUR ab 1. Januar 2012 EUR

- in Härtefällen auf 1.918,00 EUR

begrenzt. Die Aufteilung dieser Beträge auf die einzelnen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie auf die Betreuungsleistungen richtet sich nach den konkreten Erfordernissen in der Versorgungssituation des einzelnen Pflegebedürftigen. Insofern können die Pflegeeinsätze flexibel abgerufen werden (zur Notwendigkeit der sichergestellten grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung als Voraussetzung für den Einsatz des Sachleistungsbudgets für Betreuungsleistungen (vgl. Ziffer 3.)). Soweit ein höherer Pflegebedarf besteht, der vom Pflegebedürftigen nicht finanziert werden kann, sind die Aufwendungen hierfür vom Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des SGB XII ergänzend zu übernehmen. Ferner bleibt bei pflegebedürftigen behinderten Menschen der Anspruch auf die für sie sehr wesentliche Eingliederungshilfe nach dem SGB XII bzw. dem SGB VIII ungeschmälert erhalten.

Im Übrigen müssen die Pflegebedürftigen ihre Versorgung durch familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzen (§ 4 Abs. 2 SGB XI).

(2) Fahrkosten, die bei den Einsätzen der Pflegekräfte notwendig werden, sind nicht gesondert zu erstatten, sie sind Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen.

(3) Die Pflegesachleistung kann neben der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) und neben einer teilstationären Pflege (§ 41 Abs. 3 SGB XI) in Anspruch genommen werden. Nimmt der Pflegebedürftige die Pflegesachleistung sowie die teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) in Anspruch, so ist entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationär zunächst die Forderung des ambulanten Pflegedienstes (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI) zu erfüllen (vgl. Ziffer 3 zu § 41 SGB XI). Hinsichtlich der Kombinationsleistungen siehe § 38 SGB XI.

(4) Besteht der Anspruch auf die häusliche Pflegehilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, wird die Leistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI (abweichend zum Pflegegeld, vgl. § 37 Abs. 2 SGB XI) nicht entsprechend gekürzt.

Beispiel 1

- Monatliche Pflegesachleistung gem. § 36 Abs. 3 Nr. 1 Buchst. a) SGB XI ab 01.07.2008 420,00 EUR
- Ab 14.08.2008 ruht der Leistungsanspruch gem. § 34 Abs. 2 SGB XI
- Für die Zeit vom 01.08. bis 13.08.2008 besteht ein Leistungsanspruch für Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 420,00 EUR

(5) Bezieht der Pflegebedürftige Entschädigungsleistungen, z. B. nach § 35 BVG, ruhen die Leistungen nach dem SGB XI in der Höhe der bezogenen Entschädigungsleistung (vgl. Ziffer 2 zu § 34 SGB XI). Hat der Pflegebedürftige daneben noch einen Anspruch auf Beihilfe, ist die Hälfte der Pflegezulage nach § 35 BVG auf die Hälfte der Pflegesachleistung anzurechnen. Die sich ggf. daraus ergebende Differenz kann der Pflegebedürftige als Pflegesachleistung in Anspruch nehmen.

Beispiel 2

Beihilfeberechtigte Pflegebedürftige – Pflegestufe II, Monat August 2008

Höchstbetrag der Pflegesachleistung:	980,00 EUR : 2 =	490,00 EUR
Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe III (Stand: 01.07.2008):	638,00 EUR : 2 = ./.	<u>319,00 EUR</u> 171,00 EUR

Ergebnis:

Der Pflegebedürftige kann noch in Höhe von bis zu 171,00 EUR Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen.

Nach § 35 Abs. 1 BVG bestehen 6 Pflegestufen.

6. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen

(1) Bei Pflegebedürftigen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben und Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden) die Pflegesachleistung für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie unter Berücksichtigung des für die häusliche Pflege geltenden Budgets nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Dies dürfte allerdings relativ selten vorkommen, da die Leistungen insgesamt den Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 SGB XI der jeweiligen Pflegestufe nicht übersteigen dürfen.

Beispiel 1

Pflegestufe III

Vermindertes Heimentgelt (75 v. H.) wegen Wochenendpflege im häuslichen Bereich vom 01.09. bis 30.09.2008 (unter Berücksichtigung der Regelungen für Abwesenheitszeiten) = 731,25 EUR

Leistungen nach § 36 SGB XI
Restanspruch (1.470,00 EUR – 731,25 EUR) = 738,75 EUR

(2) Auch bei Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (Internatsunterbringung), für die zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege der Pauschbetrag nach § 43a SGB XI gezahlt wird, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) die Pflegesachleistung für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie zur Verfügung gestellt werden. In diesen Fällen wird der Betrag nach § 43a SGB XI auf den Sachleistungshöchstanspruch der jeweiligen Pflegestufe angerechnet.

Beispiel 2

Pflegestufe II

Pflege in häuslicher Umgebung im August 2008 jeweils von
Freitagabend bis Sonntagabend und in den Ferien
vom 22.08. bis 31.08.2008

= 19 Tage

Leistung nach § 43a SGB XI
(für die Zeit vom 22.08. bis 31.08.2008
berechnet die Einrichtung ein reduziertes
Heimentgelt – sog. "Abwesenheitsvergütung")

= 170,00 EUR

Ergebnis:

Dem Pflegebedürftigen kann in Höhe von 810,00 EUR (980,00 EUR – 170,00 EUR) die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI zur Verfügung gestellt werden.

(3) Die Höhe des Leistungsanspruchs (ggf. in Verbindung mit der Entscheidung über die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit und dessen Stufe) ist dem Pflegebedürftigen und ggf. der Pflegeeinrichtung bekannt zu geben.

7. Härtefall-Regelung

(1) In besonders gelagerten Einzelfällen können die Pflegekassen zur Vermeidung von Härten den Pflegebedürftigen der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918,00 EUR im Monat gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt.

(2) Zur einheitlichen Anwendung gelten die Härtefall-Richtlinien (vgl. Anlage 3). Sie lassen einen Ermessensspielraum der einzelnen Pflegekasse nicht zu.

(3) Nach § 36 Abs. 4 SGB XI darf die Ausnahmeregelung für nicht mehr als 3 v. H. aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden. Die Überwachung der Quote erfolgt durch den Spitzenverband Bund der

Pflegekassen. Für die Pflegekasse sind für die Feststellung eines Härtefalles ausschließlich die Härtefall-Richtlinien maßgebend.

Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen **§ 37 SGB XI**

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

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I

- a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III

- a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

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

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

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten

Versicherungsunternehmen zu tragen, im Falle der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 31 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4. In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden, ohne dass für die Anerkennung eine pflegfachliche Kompetenz nachgewiesen werden muss.

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

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

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

Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen. Für die Durchführung von Beratungen nach Absatz 3 Satz 6 können die Landesverbände der Pflegekassen geeignete Beratungsstellen anerkennen, ohne dass ein Nachweis über die pflegfachliche Kompetenz erforderlich ist.

(8) Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin (§ 7a) kann die vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchführen und diese bescheinigen.

1. Leistungsvoraussetzungen

(1) Pflegegeld wird gezahlt, wenn der Pflegebedürftige in einer häuslichen Umgebung (dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in den der Pflegebedürftige aufgenommen wurde) gepflegt wird. Unbeachtlich ist, ob die Pflege durch Angehörige, dem Lebenspartner, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine vom Pflegebedürftigen angestellte Pflegeperson erbracht wird. Voraussetzung ist aber, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld, dessen Umfang entsprechend, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise sicherstellen kann. Ist dies – z. B. nach einer Feststellung des MDK nach § 18 Abs. 6 Satz 3 SGB XI – nicht der Fall, kann das Pflegegeld nicht gezahlt werden. Ggf. obliegt der Pflegekasse (z. B. nach § 4 Abs. 3 SGB XI) die Verpflichtung darauf hinzuwirken, dass der Pflegebedürftige eine wirksame und wirtschaftliche Pflegeleistung erhält.

(2) Mit dem Pflegegeld soll der Pflegebedürftige in die Lage versetzt werden, Angehörigen, dem Lebenspartner und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die mit großem Einsatz und Opferbereitschaft im häuslichen Bereich sichergestellte Pflege zukommen zu lassen.

(3) Die häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Pflegebedürftige in einem Altenwohnheim oder einer Altenwohnung lebt. Hierbei ist es unerheblich, ob der Pflegebedürftige die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht (vgl. Ziffer 1 Abs. 1 zu § 36 SGB XI).

(4) Der Anspruch auf das Pflegegeld ist grundsätzlich ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 i. V. m. § 72 SGB XI handelt. In diesem Fall besteht ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI. Hält sich der Pflegebedürftige in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen i. S. des § 71 Abs. 4 SGB XI) auf, besteht aufgrund der insoweit selbst sichergestellten Pflege ein Anspruch auf Pflegegeld (vgl. Ziffer 12 zu § 87a SGB XI).

(5) Ist ein pflegebedürftiger Schüler von Montag bis Freitag in einer Einrichtung (nicht Einrichtungen i. S. des § 71 Abs. 4 SGB XI, z. B. Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Werkstätten und Wohnheime für behinderte Menschen, Kindergärten) internatsmäßig untergebracht, besteht ein Anspruch auf Pflegegeld. Für diese Zeit kann unterstellt werden, dass der Schwerpunkt der häuslichen Pflege erhalten bleibt.

Demgegenüber ist von einer dauerhaften Internatsunterbringung auszugehen, wenn der Pflegebedürftige nicht regelmäßig jedes Wochenende in den Haushalt der Familie zurückkehrt, da in diesen Fällen der Lebensmittelpunkt innerhalb des Internates anzunehmen ist. Dennoch kann ein anteiliges Pflegegeld für die Zeiträume gezahlt werden, in denen sich der Pflegebedürftige im Haushalt der Familie aufhält. Dies gilt insbesondere auch für die Ferienzeiten, in denen der Pflegebedürftige im häuslichen Bereich gepflegt wird.

2. Leistungshöhe und Zahlungsweise

2.1 Allgemeines

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit und beträgt je Kalendermonat

- in der Pflegestufe I
 - a) 215,00 EUR ab 1. Juli 2008,
 - b) 225,00 EUR ab 1. Januar 2010,
 - c) 235,00 EUR ab 1. Januar 2012,
- in der Pflegestufe II
 - a) 420,00 EUR ab 1. Juli 2008,
 - b) 430,00 EUR ab 1. Januar 2010,
 - c) 440,00 EUR ab 1. Januar 2012,
- in der Pflegestufe III
 - a) 675,00 EUR ab 1. Juli 2008,
 - b) 685,00 EUR ab 1. Januar 2010,
 - c) 700,00 EUR ab 1. Januar 2012.

In Anlehnung an das BSG-Urteil vom 25.10.1994 – 3/1 RK 51/93 – wird das Pflegegeld monatlich im Voraus gezahlt.

2.2 Kürzung des Pflegegeldes

2.2.1 Allgemeines

(1) Besteht der Anspruch auf das Pflegegeld nicht für einen vollen Kalendermonat (z. B. bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Laufe des Kalendermonats), wird das Pflegegeld anteilig gekürzt.

(2) Bei einer anteiligen Kürzung des Pflegegeldes ist der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen, der Divisor jedoch mit 30 Tagen.

Beispiel 1

Pflegegeld in der Pflegestufe III ab 21.08.2008:

Pflegegeld für August = $\frac{675,00 \text{ EUR} \times 11}{30} = 247,50 \text{ EUR}$

Beispiel 2

Pflegegeld in der Pflegestufe III ab 31.08.2008:

Pflegegeld ist für den 31.08. zu zahlen $(675,00 \text{ EUR} \times 1 : 30) = 22,50 \text{ EUR}$

2.2.2 Vier-Wochen-Regelung nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI

(1) Bei Durchführung einer vollstationären Krankenhausbehandlung/stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgt für die ersten vier Wochen keine Kürzung der Leistung. Die Vier-Wochen-Frist beginnt mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung setzt die Leistung mit dem Entlassungstag wieder ein.

Entsprechend der Verfahrensweise bei vollstationärer Krankenhausbehandlung/stationärer Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht auch bei Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V ein Anspruch auf Pflegegeld für bis zu vier Wochen. Sofern die Pflegebedürftigkeit während der vollstationären Krankenhausbehandlung festgestellt wird und auch erst ab diesem Zeitpunkt vorliegt, kann eine Zahlung des Pflegegeldes erst ab dem Tag vorgenommen werden, ab dem sich der Pflegebedürftige wieder in seiner häuslichen Umgebung befindet.

Beispiel 1

Pflegegeld in der Pflegestufe III

Vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 21.02. bis 25.03.2009

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 20.03. Für den Monat Februar ist ein Pflegegeld in Höhe von 675,00 EUR zu zahlen. Für die Zeit vom 01.03. bis 20.03. (20 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Vom 21.03. bis 24.03. ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Vom 25.03. bis 31.03. (7 Tage) wird wieder Pflegegeld geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 607,50 EUR (27/30 von 675,00 EUR) ausgezahlt.

Beispiel 2

Pflegegeld in der Pflegestufe III

Vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 20.03. bis 25.04.2009

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 16.04. Für den Monat März ist ein Pflegegeld in Höhe von 675,00 EUR zu zahlen. Für die Zeit vom 01.04. bis 16.04. (16 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Vom 17.04. bis 24.04. ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Vom 25.04. bis 30.04. (6 Tage) wird wieder Pflegegeld geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 495,00 EUR (22/30 von 675,00 EUR) ausgezahlt.

(2) Tritt ein Tatbestand (z. B. stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation) zu einem anderen (z. B. vollstationäre Krankenhausbehandlung) hinzu oder schließt er sich an, hat das zur Folge, dass die Günstigkeitsregelung nur einmal Anwendung findet.

Beispiel 3

Pflegegeld in der Pflegestufe II

Vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 01.02. bis 07.02.

Stat. Leistung zur med. Rehabilitation vom 07.02. bis 04.03. (kein Schaltjahr)

Ergebnis:

Der Tatbestand der vollstationären Krankenhausbehandlung ist nicht für sich allein, sondern nur im Zusammenhang mit der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu sehen.

Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt daher ab dem 29. Tag der einheitlich zu wertenden Unterbrechungstatbestände (01.03.).

Ab dem 04.03. – letzter Tag der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation – ist die Pflegegeldzahlung wieder aufzunehmen.

Beispiel 4

Pflegegeld in der Pflegestufe I

Vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 01.03. bis 14.03. (14 Tage)

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V vom 15.03. bis 11.04. (28 Tage)

Ergebnis:

Der Tatbestand der vollstationären Krankenhausbehandlung ist nicht für sich allein, sondern im Zusammenhang mit der häuslichen Krankenpflege zu werten.

Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt daher ab dem 29. Tag der einheitlich zu wertenden Unterbrechungstatbestände (29.03.).

Ab dem 11.04. – letzter Tag der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V – ist die Pflegegeldzahlung wieder aufzunehmen.

(3) In Fällen, in denen nach einer vollstationären Krankenhausbehandlung eine Anschlussrehabilitation durchgeführt wird und diese sich nicht direkt an die vollstationäre Krankenhausbehandlung anschließt, ist von zwei Tatbeständen auszugehen.

Beispiel 5

Teil 1

Pflegegeld in der Pflegestufe II

Vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 17.10. bis 27.11. (42 Tage)

Anschlussrehabilitation vom 10.12. bis 04.01. (26 Tage)

Ergebnis:

Der Tatbestand der vollstationären Krankenhausbehandlung ist für sich alleine zu sehen, da die Anschlussrehabilitation sich nicht direkt anschließt.

Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt ab dem 14.11. (29. Tag). Ab dem 27.11. – letzter Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung – ist die Pflegegeldzahlung wieder aufzunehmen. Für die Zeit der Anschlussrehabilitation ist keine Kürzung des Pflegegeldes vorzunehmen.

Teil 2

Die Anschlussrehabilitation wird statt bis zum 04.01. bis zum 18.01. (länger als 28 Tage) durchgeführt. Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt ab dem 07.01. Ab dem 18.01. – letzter Tag der Anschlussrehabilitation – ist die Pflegegeldzahlung wieder aufzunehmen.

(4) Für die „Weiterzahlung“ des Pflegegeldes ist es Voraussetzung, dass vor dem vollstationären Krankenhausaufenthalt/der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation/der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes bestand. Von daher findet die Vier-Wochen-Regelung keine Anwendung, wenn z. B. der Aufenthalt in einer Kurzzeitpflege durch eine vollstationäre Krankenhausbehandlung unterbrochen wurde.

Beispiel 6

Pflegegeld in der Pflegestufe II

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vom 08.11. bis 16.11.

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 16.11. bis 20.11.

Pflege in der häuslichen Umgebung ab 20.11.

Ergebnis:

Pflegegeld ist bis zum 08.11. zu zahlen. Die vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 16.11. bis 20.11. löst keine Vier-Wochen-Regelung aus, da der Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes vor der Krankenhausbehandlung ruhte. Ab dem 20.11. ist Pflegegeld wieder laufend zu zahlen.

Beispiel 7

Pflegegeld in der Pflegestufe III

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 21.10. bis 05.11.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 05.11. bis 20.11.
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 20.11. bis 12.12.
vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI	ab 12.12.

Ergebnis:

Pflegegeld ist vom 21.10. bis 05.11. zu zahlen. Die vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 20.11. bis 12.12. löst keine erneute Vier-Wochen-Regelung aus, da der Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes vor der Krankenhausbehandlung ruhte. Ab dem 12.12. sind die Leistungen nach § 43 SGB XI zur Verfügung zu stellen.

2.2.3 Kürzung des Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Ersatzpflege

In Fällen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wird das Pflegegeld für die gesamte Dauer dieser Leistung gekürzt. Eine Kürzung unterbleibt jedoch für den Aufnahme- und Entlassungstag (vgl. Ziffer 4.1 Abs. 1 zu § 42 SGB XI). Dauert der Aufenthalt in der Kurzzeitpflegeeinrichtung kurzzeitig weiter an, obwohl der Leistungsrahmen der Kurzzeitpflege entweder in der Höhe oder von den Kalendertagen ausgeschöpft ist, vgl. Ziffer 4.4 zu § 42 SGB XI.

In Fällen der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI kommt eine Kürzung des Pflegegeldes nur im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Höchstdauer von 28 Tagen in Frage. Allerdings bleibt auch hier dem Pflegebedürftigen das Pflegegeld für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege erhalten (vgl. Ziffer 1 Abs. 1 zu § 39 SGB XI). Dauert die Ersatzpflege kurzzeitig weiter an, obwohl der Leistungsrahmen der Ersatzpflege entweder in der Höhe oder von den Kalendertagen ausgeschöpft ist, vgl. Ziffer 3.6 zu § 39 SGB XI.

Beispiel 1

Pflegegeldbezieher – Pflegestufe III seit dem 01.04.

Ersatzpflege vom 01.09. bis 14.09.
 vom 01.12. bis 14.12.

Ergebnis:

Pflegegeld ist bis zum 01.09. sowie ab 14.09. bis zum 01.12. sowie ab 14.12. wieder laufend zu zahlen.

Beispiel 2

Pflegegeld in der Pflegestufe II

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vom 12.08. bis 20.08.2008

Ergebnis:

Pflegegeld ist vom 01.08. bis 12.08.2008 (12 Tage) und vom 20.08. bis 31.08.2008 (12 Tage) zu zahlen. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 336,00 EUR (24/30 von 420,00 EUR) ausgezahlt.

2.3 Leistungshöhe des Pflegegeldes im Sterbemonat

(1) Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats gezahlt, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist; somit ist das Pflegegeld für diesen (Teil-)monat nicht zurückzufordern.

Beispiel 1

Pflegegeld in der Pflegestufe II seit 01.02.

Tod des Pflegebedürftigen am 10.09.

Das Pflegegeld für den Monat September wurde bereits ausgezahlt.

Ergebnis:

Keine Rückforderung des ausgezahlten Pflegegeldes für die Zeit vom 11.09. bis 30.09.

Sofern das Pflegegeld für den Sterbemonat noch nicht angewiesen ist, erfolgt eine Auszahlung an die Erben bzw. Sonderrechtsnachfolger.

Die vorgenannte Regelung ist allerdings nur dann anzuwenden, wenn im Sterbemonat mindestens für einen Tag ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld bestanden hat. Ruhenstatbestände nach § 34 SGB XI sind bei der Zahlung von Pflegegeld zu berücksichtigen.

Beispiel 2

Pflegegeld in der Pflegestufe III seit 01.03.2008

Vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 06.09. bis 15.10.2008

Tod des Pflegebedürftigen im Krankenhaus am 15.10.2008

Ergebnis:

Pflegegeld ist bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung für vier Wochen weiterzuzahlen. Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 03.10.2008. Für die Zeit vom 01.10. bis 03.10.2008 (3 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Vom 04.10. bis 14.10.2008 ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Vom 15.10. bis 31.10.2008 (17 Tage) wird das Pflegegeld geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 450,00 EUR (20/30 von 675,00 EUR) ausgezahlt.

(2) Auf Pflegegeld, das für Zeiträume nach dem Sterbemonat oder für den Sterbemonat überzahlt wurde, sind die Regelungen des § 118 Abs. 3 und 4 SGB VI anzuwenden. Danach gelten Geldleistungen, die für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten auf ein Konto bei einem Geldinstitut im Inland überwiesen wurden, als unter Vorbehalt erbracht. Die Pflegekasse kann somit gegenüber dem Geldinstitut die Leistung als zu Unrecht erbracht zurückfordern.

Soweit über den entsprechenden Betrag schon anderweitig verfügt wurde und die Rücküberweisung nicht aus einem Guthaben erfolgen kann, besteht für das Geldinstitut keine Pflicht zur Rücküberweisung. Lehnt das Geldinstitut mit Hinweis auf diesen Sachverhalt die Rücküberweisung ab, fordert die Pflegekasse das Geldinstitut auf, ihr Name und Anschrift des Empfängers (sofern das Pflegegeld durch Dauerauftrag, Lastschriftinzug oder sonstiges Zahlungsgeschäft auf ein Konto weitergeleitet wurde) oder Verfügenden (Verfügungsberechtigte, die eine Verfügung über den entsprechenden Betrag vorgenommen oder zugelassen haben) oder eines etwaigen neuen Kontoinhabers zu benennen. Gegenüber diesen Personen ist dann per Verwaltungsakt die Rückforderung geltend zu machen.

Beispiel 3

Pflegegeld in der Pflegestufe II seit 01.05.

Vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 04.07. bis 04.08.

Tod des Pflegebedürftigen im Krankenhaus am 04.08.

Das Pflegegeld für den Monat August wurde bereits ausgezahlt.

Ergebnis:

Ein Anspruch auf Zahlung besteht bis zum 31.07. (28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung). Das darüber hinaus gezahlte Pflegegeld für den Monat August ist von dem Geldinstitut zurückzufordern.

Diese Regelung gilt auch im Hinblick auf das Pflegegeld, das für Zeiträume nach dem Sterbemonat ausgezahlt wurde.

Beispiel 4

Pflegegeld in der Pflegestufe III seit	01.01.
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vom	25.08. bis 30.08.2008
Tod des Pflegebedürftigen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung am	30.08.2008

Das Pflegegeld für den Monat September wurde bereits ausgezahlt.

Ergebnis:

Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht bis zum 25.08. Für den Sterbemonat August ist vom 01.08. bis 25.08.2008 (25 Tage) und vom 30.08. bis 31.08.2008 (2 Tage) ein Pflegegeld in Höhe von 607,50 EUR (27/30 von 675,00 EUR) zu zahlen. Allerdings ist das bereits ausgezahlte Pflegegeld für den Monat September von dem Geldinstitut zurückzufordern.

Die vorstehenden Ausführungen gelten auch für solche Sachverhalte, in denen es nach dem Tode des Pflegebedürftigen zu einer erstmaligen Bewilligung bzw. zu einer Höherstufung kommt.

Beispiel 5

Pflegegeld in der Pflegestufe II seit	01.02. des Vorjahres
vollstationäre Krankenhausbehandlung ab	15.01.
Antrag auf Höherstufung nach der Pflegestufe III am	21.01.
Tod des Pflegebedürftigen im Krankenhaus am	26.02.
Begutachtung durch den MDK am	24.01.
Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III liegt vor seit	15.01.

Ergebnis:

Pflegegeld ist bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung für vier Wochen weiterzuzahlen. Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 11.02. Im Januar ist für die Zeit vom 01.01. bis 14.01. Pflegegeld nach der Pflegestufe II und vom 15.01. bis 31.01. nach der Pflegestufe III zu zahlen. Im Februar ist vom 01.02. bis 11.02. (11 Tage) und vom 26.02. bis 28.02. (3 Tage – kein Schaltjahr) Pflegegeld nach der Pflegestufe III zu zahlen.

3. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen

(1) Bei Pflegebedürftigen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben und Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten, kommt für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden) die Zahlung des Pflegegeldes für die tatsächlichen Pflegetage unter Berücksichtigung der in § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI vorgesehenen Sachleistungshöchstwerte in der Familie in Betracht. Dabei zählen Teiltage (z. B. häusliche Pflege ab Freitagabend) als volle Tage. Für die Berechnung des Pflegegeldes ist der maßgebende Höchstbetrag für die jeweilige Pflegestufe zu berücksichtigen. Der für die Pflegestufe maßgebende Leistungsbetrag nach § 37 Abs. 1 SGB XI wird durch 30 dividiert und ist mit der Zahl der zu Hause verbrachten Pflegetage zu multiplizieren. Eine Zahlung des Pflegegeldes dürfte allerdings relativ selten vorkommen, da die Leistungen insgesamt den Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 SGB XI der jeweiligen Pflegestufe nicht übersteigen dürfen.

Beispiel 1

Pflegestufe II

Vermindertes Heimentgelt (75 v. H.) wegen Wochenend-
pflege im häuslichen Bereich vom 01.08. bis 31.08.2008
(unter Berücksichtigung der Regelungen für
Abwesenheitszeiten) = 900,00 EUR

Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom 08.08. bis 10.08.2008
und vom 22.08. bis 24.08. = 6 Tage

Pflegegeld (420,00 EUR x 6 : 30) = 84,00 EUR

984,00 EUR

Ergebnis:

Da der Betrag von 984,00 EUR über dem Sachleistungshöchstbetrag von 980,00 EUR liegt, kann nur ein Pflegegeld in Höhe von 80,00 EUR (980,00 EUR – 900,00 EUR) ausbezahlt werden.

Beispiel 2

Daten wie Beispiel 1

Das verminderte Heimentgelt wegen Wochenendpflege im häuslichen Bereich beträgt 1.100,00 EUR (75 v. H. des Heimentgelts). Da dieses Heimentgelt den Sachleistungshöchstbetrag von 980,00 EUR überschreitet, kann kein Pflegegeld mehr gezahlt werden.

Beispiel 3

Pflegestufe III

Vermindertes Heimentgelt (75 v. H.) wegen Wochenend-
pflege im häuslichen Bereich vom 01.09. bis 30.09.2008
(unter Berücksichtigung der Regelungen für
Abwesenheitszeiten) = 1.050,00 EUR

Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom 12.09. bis 14.09.2008
und vom 26.09. bis 28.09. = 6 Tage

Pflegegeld (675,00 EUR x 6 : 30) = 135,00 EUR

1.185,00 EUR

Ergebnis:

Da der Betrag von 1.185,00 EUR unter dem Sachleistungshöchstbetrag von 1.470 EUR liegt, kann das Pflegegeld in Höhe von 135,00 EUR ausgezahlt werden.

(2) Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (Internatsunterbringung), für die zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege der Pauschbetrag nach § 43a SGB XI gezahlt wird, kommt für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) die Zahlung des Pflegegeldes für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie in Betracht. Dabei zählen der An- und Abreisetag (z. B. häusliche Pflege ab Freitagabend) als volle Tage. Für die Berechnung des Pflegegeldes ist der maßgebende Pflegegeldhöchstbetrag für die jeweilige Pflegestufe zu berücksichtigen. Der für die Pflegestufe maßgebende Leistungsbetrag nach § 37 Abs. 1 SGB XI wird durch 30 dividiert und ist mit der Zahl der zu Hause verbrachten Pflegetage zu multiplizieren. Das sich so ergebende anteilige Pflegegeld darf jedoch zusammen mit der Leistung nach § 43a SGB XI den für die jeweilige Pflegestufe festgelegten Sachleistungshöchstbetrag (§ 36 SGB XI) bei häuslicher Pflege nicht übersteigen.

Beispiel 4

Pflegestufe I

Pflege in häuslicher Umgebung im August 2008 jeweils von
Freitagabend bis Montagmorgen = 19 Tage

Pflegegeld (215,00 EUR x 19 : 30) = 136,17 EUR

Leistung nach § 43a SGB XI = 236,00 EUR

= 372,17 EUR

Ergebnis:

Da der Betrag von 372,17 EUR unter dem Sachleistungshöchstbetrag von 420,00 EUR liegt, kann Pflegegeld in Höhe von 136,17 EUR ausgezahlt werden.

Beispiel 5

Pflegestufe II

Pflege in häuslicher Umgebung im August 2008 jeweils von
Freitagabend bis Sonntagabend und in den Ferien
vom 22.08. bis 31.08.2008 = 19 Tage

Pflegegeld (420,00 EUR x 19 : 30) = 266,00 EUR

Leistung nach § 43a SGB XI
(für die Zeit vom 22.08. bis 31.08.2008 berechnet die Einrichtung
ein reduziertes Heimentgelt – sog. "Abwesenheitsvergütung") = 180,00 EUR

= 446,00 EUR

Ergebnis:

Da der Betrag von 446,00 EUR unter dem Sachleistungshöchstbetrag von 980,00 EUR liegt, kann das Pflegegeld in Höhe von 266,00 EUR ausgezahlt werden.

4. Beratungseinsatz

4.1 Allgemeines

(1) Pflegebedürftige, die ausschließlich das Pflegegeld beziehen haben, je nach Grad ihrer Pflegestufe einmal halbjährlich (Pflegestufe I und II) bzw. vierteljährlich (Pflegestufe III) einen Beratungseinsatz durch eine Vertrags-Pflegeeinrichtung, eine von der Pflegekasse beauftragte – jedoch von ihr nicht beschäftigte - Pflegefachkraft oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz abzurufen. Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung und ihre pflegenden Angehörigen/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen benötigen oftmals weiter gehende Hilfestellung und Beratung um den mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbundenen Pflegealltag bewältigen zu können. Deshalb sind Pflegebedürftige, die zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 45a SGB XI zählen berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der vorstehend genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, die zwar zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 45a SGB XI zählen aber noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme der Beratungseinsätze ist für diesen Personenkreis nicht verpflichtend.

(2) Pflegebedürftige, für die der Pauschbetrag nach § 43a SGB XI gezahlt wird, und die sich an den Wochenenden oder in den Ferienzeiten im Haushalt der Familie befinden, können ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI beziehen. Diese müssen wie alle Kombinationsleistungsempfänger keinen Beratungseinsatz nachweisen.

4.2 Zielsetzung des Beratungseinsatzes

Der Einsatz ist darauf ausgerichtet Hilfestellung, Beratung zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege zu leisten und, wenn erforderlich, Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation zu empfehlen. Die Probleme der täglichen Pflege sollen erörtert und den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen/Lebenspartnern bzw. Pflegepersonen konkrete Vorschläge unterbreitet werden. Damit erhalten insbesondere die Pflegenden praktische pflegefachliche Unterstützung als Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungssituation.

Bei Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, stehen die Verbesserung der Versorgungs- und Lebensqualität dieses Personenkreises sowie die Unterstützung der Angehörigen bei der Bewältigung der häuslichen und familiären Situation im Vordergrund des Beratungseinsatzes.

Die Informationen aus diesen Beratungseinsätzen sollen dazu beitragen, dass alle an der Pflege Beteiligten (insbesondere Pflegekasse, Krankenkasse, Träger der Sozialhilfe, aber auch Angehörige/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen) im Rahmen eines Case-Managements ihre Möglichkeiten zur Verbesserung der individuellen Pflegesituation umfassend ausschöpfen. Nur bei konsequenter Ausschöpfung dieser Möglichkeiten kann die Pflege im häuslichen Bereich entsprechend der Zielsetzung des Pflegeversicherungs-gesetzes länger erhalten bleiben.

4.3 Leistungsinhalt des Beratungseinsatzes

(1) Die Bewertung der Pflegesituation erfolgt insbesondere auf der Grundlage des Allgemein- und Ernährungszustandes des Pflegebedürftigen. Erkenntnisse hierzu lassen sich beispielsweise anhand

- des körperlichen Zustandes (z. B. aufgrund extremer Kachexie),
- des Hautzustandes (z. B. Dekubitus, Hämatome, Dermatosen) und
- des Hydrationszustandes

gewinnen.

Bei der Beurteilung der Pflegesituation muss aber auch die Belastung der Pflegeperson (physische und psychische Belastung) einbezogen werden.

Darüber hinaus ist das pflegerische Umfeld zu bewerten, beispielsweise ob Hinweise auf Verwahrlosung vorliegen.

Ausgehend von den auf dieser Basis getroffenen Feststellungen können Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation empfohlen werden. Neben der Beratung und Hilfestellung durch den Pflegedienst, durch die von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft oder die anerkannte Beratungsstelle (z. B. Anleitung zu pflegeerleichternden Techniken, aktivierende Pflege) sind dies insbesondere:

- Pflegekurse, Tages- und Nachtpflege, häusliche Pflege nach § 36 SGB XI, § 38 SGB XI, Kurzzeitpflege in Krisensituationen,
- Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Einsatz von Pflege-/Hilfsmitteln,
- Anpassung des Wohnraumes,
- Empfehlung der Überprüfung der Pflegestufe bei Veränderung der Pflegesituation des Pflegebedürftigen,
- Einschaltung des behandelnden Arztes,
- Einschaltung kommunaler Einrichtungen,
- Anregung gesetzlicher Betreuung nach dem Betreuungsgesetz.

In Notsituationen sollten die Pflegedienste, die durch die Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft und die anerkannte Beratungsstelle auch ohne ausdrückliche Zustimmung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen/seines Lebenspartners bzw. seiner Pflegeperson intervenieren. Dies kann der Fall sein, wenn eine eklatant gefährliche Pflegesituation, vitale Gefährdung des Pflegebedürftigen und/oder massive Gewaltanwendung zu verzeichnen sind. In diesen Fällen sind vor der Mitteilung und einer evtl. Intervention in jedem Einzelfall die Möglichkeiten der Beratung auszuschöpfen.

Bei Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, sind im Rahmen des Beratungseinsatzes mit Blick auf den besonderen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf

- die individuelle Situation einzuschätzen und ggf. Hinweise insbesondere zur sozialen und emotionalen Milieugestaltung, zur Biografiearbeit, zu Beschäftigungsmöglichkeiten zu geben,
- auf Hilfeangebote (insbesondere niedrigschwellige) aufmerksam zu machen,
- Kontakte (etwa zu Selbsthilfegruppen) herzustellen und
- bei der Einbindung der Hilfeangebote in den Alltag zu beraten.

Die Beratung ist damit auf die Steigerung der Qualität der Versorgung und Entlastung der Angehörigen auszurichten.

(2) Um die mit dem Beratungseinsatz verknüpfte Zielsetzung zu erreichen, werden der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche beschließen.

4.4 Durchführung des Beratungseinsatzes

(1) Mit der Durchführung des Beratungseinsatzes kann der Versicherte/Pflegebedürftige einen zugelassenen Pflegedienst seiner Wahl beauftragen. Es sollte empfohlen werden, für die Durchführung der Beratungseinsätze jeweils denselben Pflegedienst zu beauftragen. Somit kann der Pflegedienst sicherstellen, dass der Beratungsbesuch möglichst auf Dauer von derselben Pflegefachkraft durchgeführt wird. Damit wird einerseits die Vertrauensbildung gefestigt und andererseits die Kontinuität und Effektivität der unterstützenden Beratung gewährleistet.

Mit dem Beratungseinsatz kann auch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz beauftragt werden. Mit diesen Anerkennungen soll das Beratungsangebot im Interesse der Pflegebedürftigen erweitert werden. Für die Durchführung von Beratungseinsätzen bei Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht pflegebedürftig sind und bei denen von daher nicht pflegefachliche Beratungsfragen im Vordergrund stehen, können die Landesverbände der Pflegekassen auch Beratungsstellen anerkennen, die nicht über pflegefachliche Kompetenz verfügen, sondern eher sozialarbeiterische Kompetenzen aufweisen. Dies gilt etwa für Beratungsstellen der Alzheimer Gesellschaft.

Kann vor Ort die Beratung durch zugelassene Pflegeeinrichtungen oder von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen nicht gewährleistet werden, kann der Beratungseinsatz auch bei einer von der Pflegekasse beauftragten, jedoch nicht bei ihr angestellten Pflegefachkraft, abgerufen werden. Dies kann auch der Fall sein, wenn aufgrund des vorliegenden Krankheits- und Behinderungsbildes der Beratungsbesuch durch einen zugelassenen Pflegedienst aufgrund der erforderlichen Qualifikation der Pflegefachkraft nicht möglich ist. Im Hinblick auf den mit hohen physischen und psychi-

schen Belastungen verbundenen Pflegealltag sollte insbesondere bei demenziell erkrankten Pflegebedürftigen der Beratungseinsatz durch Pflegefachkräfte mit geronto-psychiatrischer Zusatzausbildung erfolgen.

Sofern die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch genommen wird und der Pflegeberater mit der persönlichen Pflegesituation des Pflegebedürftigen aufgrund einer in der häuslichen Umgebung durchgeführten Beratung vertraut ist, kann auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch der Pflegeberater die vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchführen und bescheinigen.

(2) Die Beratungseinsätze sind in der Häuslichkeit des Versicherten/Pflegebedürftigen durchzuführen. Dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in dem der Versicherte/Pflegebedürftige aufgenommen wurde.

(3) Der Pflegedienst, die beauftragte Pflegefachkraft und die anerkannte Beratungsstelle haben die bei dem Beratungseinsatz gewonnenen Erkenntnisse an die Pflegekasse des Versicherten/Pflegebedürftigen weiterzuleiten. Bei Beihilfeberechtigten erfolgt dies auch an die Beihilfefestsetzungsstelle. Die Mitteilung an die Pflegekasse ist nur mit Einverständnis des Versicherten/Pflegebedürftigen zulässig. Zur Verfahrenserleichterung stellt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Pflegediensten, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht, sowie den anerkannten Beratungsstellen ein einheitliches Formular zur Verfügung. Darin ist im Sinne einer Einsatzdokumentation darzustellen, welche Vorschläge den Versicherten/Pflegebedürftigen und den/dem pflegenden Angehörigen/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen zur Optimierung der Pflegesituation gemacht werden (zu den besonderen Inhalten der Beratung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, vgl. Ziffer 4.3). Diese Einsatzdokumentation erlaubt es der Pflegekasse hinreichend Rückschlüsse für weitere Schritte im Einzelfall zu ziehen, z. B. ein ausführliches Beratungsgespräch im Hinblick auf die Inanspruchnahme anderer Leistungen. Insbesondere kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

- Einschaltung des MDK bezüglich einer höheren Pflegestufe oder nicht sichergestellter Pflege,
- Empfehlung für die Pflegeperson zur Inanspruchnahme von Pflegekursen, um die seelische Belastung zu mindern bzw. eine weiter gehende Qualifikation zu erreichen,
- Umstellung auf die Kombinationsleistung um die Belastung der Pflegeperson zu mindern oder Überforderungstendenzen der Pflegeperson vorzubeugen,
- Einschaltung der Gesundheitsbehörden bei drohender Verwahrlosung oder bei Gewalt in der Pflege,
- Einschaltung des Amtsgerichtes zur Bestellung eines Betreuers,
- Einschaltung des behandelnden Arztes um kurative Defizite auszuräumen.

(4) Die Vertrags-Pflegeeinrichtung, die beauftragte Pflegefachkraft oder die anerkannte Beratungsstelle rechnen die Kosten des Beratungseinsatzes direkt mit der Pflegekasse ab. Dies gilt auch für Beratungseinsätze bei Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen. In diesen Fällen gilt die für Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II vereinbarte Vergütung (§ 37 Abs. 3 Satz 6 SGB XI). Für Beihilfeberechtigte gilt § 28 Abs. 2 SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 28 SGB XI). In der Pflegestufe I und II können bis zu 21,00 EUR und in der Pflegestufe III bis zu 31,00 EUR auf der Grundlage der vertraglichen Vereinbarungen abgerechnet werden. Bei den im Gesetz vorgesehenen Vergütungsbeträgen handelt es sich nicht um Fest-, sondern um Höchstbeträge, die durch Vereinbarung unterschritten werden können. Mit dem Höchstbetrag sind alle Kosten (z. B. Fahrkosten-/Hausbesuchspauschalen) abgegolten, d. h. über die Höchstbeträge hinaus können keine zusätzlichen Kosten – weder gegenüber dem Versicherten/Pflegebedürftigen noch der Pflegekasse – berechnet werden.

4.5 Nachweis über die Durchführung des Beratungseinsatzes

(1) Die Inanspruchnahme der verpflichtenden Beratungseinsätze ist gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen. Sofern Pflegeberater eine qualifizierte Beratung im vorgenannten Sinne halb- bzw. vierteljährlich in der häuslichen Umgebung durchgeführt haben, gilt die Beratung als durchgeführt und der Nachweis als erbracht. Weist der Pflegebedürftige den Beratungseinsatz nicht nach, ist das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen. Als angemessen ist eine Kürzung des Pflegegeldes von 50 v. H. anzusehen. Hierbei ist die Situation im Einzelfall zu berücksichtigen.

(2) Der Beratungseinsatz ist der Pflegekasse von Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II in halbjährlichen und von Pflegebedürftigen der Pflegestufe III in vierteljährlichen Abständen nachzuweisen. Aus verwaltungspraktikablen Gründen bietet sich bei der Nachweispflicht das Kalenderhalbjahr bzw. -vierteljahr an. Danach besteht die Nachweispflicht des Pflegebedürftigen jeweils für die Zeit vom 01.01. bis 30.06. und vom 01.07. bis 31.12. bzw. vom 01.01. bis 31.03., vom 01.04. bis 30.06., vom 01.07. bis 30.09. und vom 01.10. bis 31.12. Hierauf wird bereits im Bewilligungsbescheid aufmerksam gemacht. Insofern handelt es sich bei der 3- bzw. 6-Monats-Frist um eine starre – sich aneinander unmittelbar anschließende – Frist. Auch ein verspätet geführter Nachweis löst keine neue Frist aus.

Beispiel 1

Pflegegeldbewilligung erfolgt mit Bescheid vom 15.03.

- Pflegestufe II -

Ergebnis:

Der Halbjahreszeitraum, innerhalb dessen ein Nachweis zu führen ist, läuft vom 01.07. bis 31.12. Der neue 6-Monats-Zeitraum beginnt am 01.01. und endet am 30.06. des Folgejahres.

(3) Sofern der Nachweis nicht rechtzeitig der Pflegekasse vorliegt, ist das Pflegegeld angemessen (bis zu 50 v. H.) zu kürzen. Hierüber wird der Pflegebedürftige unmittelbar nach Ablauf der 3- bzw. 6-Monats-Frist informiert.

Die Kürzung erfolgt ab dem 1. des auf die Mitteilung der Pflegekasse folgenden Monats.

Beispiel 2

Pflegegeldbewilligung erfolgt mit Bescheid vom 15.03.

- Pflegestufe II -

Der Halbjahreszeitraum läuft vom 01.07. bis 31.12. Eine Nachweisführung erfolgt nicht.

Ergebnis:

Der Pflegebedürftige erhält in den ersten Tagen des Monats Januar des Folgejahres die Mitteilung über die beabsichtigte Pflegegeldkürzung zum 01.02. des Folgejahres.

Gleichzeitig wird er über die Anschlussfrist vom 01.01. bis 30.06. des Folgejahres informiert. Wird der Nachweis für den Zeitraum vom 01.07. bis 31.12. im Monat Januar des Folgejahres erbracht, erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes.

(4) Da die Vertrags-Pflegeeinrichtung das Nachweisformular für den Beratungseinsatz in der Regel der monatlichen Abrechnung beifügt, wird es in Einzelfällen nicht ausgeschlossen werden können, dass der Pflegebedürftige den Einsatz unmittelbar am Fristende abrufen und der Nachweis zum Teil erst Wochen später mit der allgemeinen Abrechnung bzw. Anforderung des Betrages durch die Vertrags-Pflegeeinrichtung bei der Pflegekasse eingeht. Um diese Probleme zu vermeiden, kann die Frist für den Zeitpunkt der Kürzung bzw. des Versagens um einen Monat verlängert werden.

Beispiel 3

Pflegegeldbewilligung erfolgt mit Bescheid vom 18.03.

- Pflegestufe II -

Der Halbjahreszeitraum läuft vom 01.07. bis 31.12. Eine Nachweisführung erfolgt nicht.

Ergebnis:

Der Pflegebedürftige erhält in den ersten Tagen des Monats Februar des Folgejahres die Mitteilung über die beabsichtigte Pflegegeldkürzung zum 01.03. des Folgejahres.

Gleichzeitig wird er über die Anschlussfrist vom 01.01. bis 30.06. des Folgejahres informiert. Wird der Nachweis für den Zeitraum vom 01.07. bis 31.12. bis Ende Februar des Folgejahres erbracht, erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes.

Kommt es während der veranlassten Pflegegeldkürzung zur Nachweisführung, wird die volle Pflegegeldzahlung ab dem Tag, an dem der Beratungseinsatz durchgeführt wurde, wieder aufgenommen.

(5) Wird der Nachweis trotz erfolgter Pflegegeldkürzung auch im zweiten 3- bzw. 6-Monats-Zeitraum nicht erbracht, handelt es sich um einen "Wiederholungsfall". Dies hat zur Folge, dass die Pflegegeldzahlung zu beenden ist. Hierüber wird der Pflegebedürftige unmittelbar nach Ablauf der zweiten 3- bzw. 6-Monats-Frist informiert. Die PflegegeldEinstellung erfolgt ab dem 1. des auf die Mitteilung der Pflegekasse folgenden Monats.

Beispiel 4

Pflegegeldbewilligung erfolgt mit Bescheid vom 15.06.

- Pflegestufe III -

1. Vierteljahreszeitraum läuft vom 01.07. bis 30.09. Eine Nachweisführung erfolgt nicht.

Am 04.10. erfolgt die Mitteilung an den Pflegebedürftigen über die Pflegegeldkürzung ab 01.11.

2. Vierteljahreszeitraum läuft vom 01.10. bis 31.12. Eine Nachweisführung erfolgt nicht.

Am 03.01. des Folgejahres erfolgt die Mitteilung an den Pflegebedürftigen über die Pflegegeldeinstellung zum 01.02. des Folgejahres. Wird der Nachweis für den Zeitraum vom 01.10. bis 31.12. im Monat Januar des Folgejahres erbracht, erfolgt keine Einstellung des Pflegegeldes.

Kommt es nach veranlasster Pflegegeldeinstellung zur Nachweisführung, wird die Pflegegeldzahlung ab dem Tag, an dem der Beratungseinsatz durchgeführt wurde, wieder aufgenommen.

In diesem Fall wird eine neue 3- bzw. 6-Monats-Frist in Gang gesetzt.

Beispiel 5

Daten wie Beispiel 4

Der Pflegebedürftige weist der Pflegekasse am 17.02. des Folgejahres den Beratungseinsatz vom 14.02. des Folgejahres nach.

Ergebnis:

Wiederaufnahme der Pflegegeldzahlung ab dem 14.02. des Folgejahres.

Die Frist innerhalb derer erneut ein Beratungseinsatz nachgewiesen werden muss, läuft vom 01.04. bis 30.06. des Folgejahres.

**Kombination von Geldleistung und Sachleistung
(Kombinationsleistung)
§ 38 SGB XI**

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

1. Allgemeines

Schöpft der Pflegebedürftige den ihm nach dem Grad seiner Pflegebedürftigkeit zustehenden Umfang der Pflegesachleistung nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI nicht aus, hat er daneben Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Der Anteil berechnet sich nach dem Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem tatsächlich in Anspruch genommenen Betrag. Entsprechend diesem Verhältnis ist das Pflegegeld anteilig auszuzahlen.

Beispiele

1. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I nimmt im September 2008 Sachleistungen im Wert von 235,00 EUR in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 420,00 EUR, er hat somit die Sachleistungen zu 55,95 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 215,00 EUR stehen ihm noch 44,05 v. H., also 94,71 EUR zu.
2. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II hat im September 2008 Sachleistungen in Höhe von 400,00 EUR in Anspruch genommen, der Höchstbetrag beläuft sich auf 980,00 EUR. Er hat somit 40,82 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) der Sachleistung in Anspruch genommen, so dass ihm vom Pflegegeld in Höhe von 420,00 EUR noch 59,18 v. H., also 248,56 EUR zustehen.
3. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III hat im September 2008 Sachleistungen im Wert von 850,00 EUR in Anspruch genommen, der Höchstbetrag beläuft sich auf 1470,00 EUR. Er hat somit 57,82 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) der Sachleistung in Anspruch genommen, so dass ihm vom Pflegegeld in Höhe von 675,00 EUR noch 42,18 v. H. also 284,72 EUR zustehen.
4. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III, für den die Härtefallregelung nach § 36 Abs. 4 SGB XI gilt, hat im September 2008 Sachleistungen im Wert von 1.520,00 EUR in Anspruch genommen, der Höchstbetrag beläuft sich auf 1.918,00 EUR. Er hat somit 79,25 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) der Sachleistung in Anspruch genommen, so dass ihm vom Pflegegeld in Höhe von 675,00 EUR noch 20,75 v. H., also 140,06 EUR zustehen.

5. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III, für den die Härtefallregelung nach § 36 Abs. 4 SGB XI gilt, hat im September 2008 Sachleistungen im Wert von 1.260,00 EUR in Anspruch genommen, der Höchstbetrag beläuft sich auf 1.918,00 EUR. Er hat somit 65,69 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) der Sachleistung in Anspruch genommen, so dass ihm vom Pflegegeld in Höhe von 675,00 EUR noch 34,31 v. H., also 231,59 EUR zustehen.

2. Entscheidungsbindung

(1) Der Pflegebedürftige hat sich zu entscheiden, **in welchem Verhältnis** er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will. An diese Entscheidung ist er für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Eine vorzeitige Änderung seiner Entscheidung ist dem Pflegebedürftigen aber zuzugestehen, sofern eine wesentliche Änderung (z. B. Veränderung der Pflegesituation) in den zum Zeitpunkt der Entscheidung vorgelegenen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. § 48 SGB X). Bei Pflegebedürftigen, die das Ausmaß der Pflegesachleistung nicht im Voraus bestimmen können, kann im Nachhinein das anteilige Pflegegeld monatlich ermittelt und gezahlt werden, sofern ein entsprechender Antrag gestellt wurde.

(2) Die 6-Monats-Frist ist nicht zu beachten, wenn

- der Pflegebedürftige nur noch die Pflegesachleistung oder nur noch das Pflegegeld in Anspruch nehmen will,
- Pflegegeld oder Pflegesachleistung neben der teilstationären Pflege bezogen wird.

3. Leistungshöhe

(1) Wie auch bei der Geldleistung nach § 37 Abs. 1 SGB XI (vgl. Ziffer 2.2.2 zu § 37 SGB XI) kann bei der Kombinationsleistung der bisher gewährte Anteil der Geldleistung während einer vollstationären Krankenhausbehandlung/stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder des Leistungsbezuges nach § 37 Abs. 1 SGB V für die Dauer von bis zu vier Wochen beansprucht werden.

Wird die Kombinationsleistung in stets schwankender Höhe erbracht, so ist bei der Ermittlung der anteiligen Geldleistung der tatsächlich in Anspruch genommene Sachleistungsanteil ins Verhältnis zum – rein rechnerischen – fiktiven Sachleistungshöchstanspruch für den (Teil-)monat zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung für den gesamten Monat maßgebend. Wie auch bei einer anteiligen Berechnung des Pflegegeldes (vgl. Ziffer 2.2.1 zu § 37 SGB XI) für (Teil-)monate ist bei der Ermittlung der anteiligen Quote der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen, der Divisor jedoch mit 30 Tagen.

Beispiel 1

Pflegestufe II Verhältnis Sachleistung/Geldleistung
soll nachträglich festgestellt werden

vollstat. Krankenhausbehandlung vom 07.09. bis 13.10.2008

Sachleistung September = 180,00 EUR

Sachleistung Oktober = 460,00 EUR

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat September 2008

Fiktive Höchstgrenze Pflegesachleistung vom 01.09. bis 07.09.

$980,00 \text{ EUR} \times 7 : 30 = 228,67 \text{ EUR}$

Sachleistungsanteil 180,00 EUR = 78,72 v. H.

Geldleistungsanteil = 21,28 v. H.

Die anteilige Geldleistung ist in Höhe von 21,28 v. H. des für den ganzen Monat zustehenden Geldbetrages (21,28 v. H. von 420,00 EUR = 89,38 EUR) für den September zu zahlen.

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat Oktober 2008

Fiktive Höchstgrenze Pflegesachleistung vom 13.10. bis 31.10.

$980,00 \text{ EUR} \times 19 : 30 = 620,67 \text{ EUR}$

Sachleistungsanteil 460,00 EUR = 74,11 v. H.

Geldleistungsanteil = 25,89 v. H.

Ergebnis:

Da bei vollstationärer Krankenhausbehandlung die anteilige Geldleistung nur für vier Wochen (28 Tage) weiter gewährt werden kann, besteht Anspruch auf Zahlung einer anteiligen Geldleistung vom 01.10. bis 04.10. und nach Ablauf der vollstationären Krankenhausbehandlung vom 13.10. bis 31.10. für insgesamt 23 Tage (25,89 v. H. von 420,00 EUR = 108,74 EUR $\times 23 : 30 = 83,37 \text{ EUR}$).

Sind innerhalb eines Kalendermonats keine Pflegesachleistungen erbracht worden, weil z. B. der Pflegebedürftige für den ganzen Kalendermonat vollstationär in einem Krankenhaus behandelt wurde, so ist hier ausnahmsweise von dem Verhältnis im Vormonat auszugehen.

Beispiel 2

Pflegestufe III Verhältnis Sachleistung/Geldleistung
soll nachträglich festgestellt werden

stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom 31.08. bis 01.10.2008
Im September 2008 sind keine Sachleistungen angefallen.

Verhältnis im August 2008

Sachleistung 73 v. H.
Geldleistung 27 v. H.

Ergebnis:

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat August 2008
vom 01.09. bis 27.09.2008 kann eine anteilige Geldleistung in Höhe von 164,03 EUR (27 v. H. von 675 EUR = $182,25 \text{ EUR} \times 27 : 30$) gezahlt werden.

Der Anspruch auf häusliche Pflege ruht, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht. D. h., sofern kein Anspruch auf adäquate Leistungen der häuslichen Krankenpflege besteht (z. B. weil im Haushalt lebende Angehörige einen Teil der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen und insoweit der Ausschluss nach § 37 Abs. 3 SGB V greift) kommt die Zahlung eines anteiligen Pflegegeldes in Betracht. Für die Ermittlung des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI ist die von der ambulanten Pflegeeinrichtung abgerechnete Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 SGB V mit dem (bei Teilmonaten ggf. fiktiven) Sachleistungshöchstanspruch ins Verhältnis zu setzen.

Beispiel 3

Verhältnis von Sachleistung/Geldleistung
soll nachträglich festgestellt werden

Vollstat. Krankenhausbehandlung vom 03.06. bis 14.08.2008

Pflegebedürftigkeit besteht ab dem 14.08.2008 in der Pflegestufe II

Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 SGB V) wird vom 14.08. bis 05.09.2008 erbracht. Für den Zeitraum vom 14.08. bis 31.08.2008 sind für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung insgesamt Kosten in Höhe von 308,00 EUR angefallen und von der Krankenkasse übernommen worden.

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat August 2008

Fiktive Höchstgrenze Pflegesachleistung vom 14.08. bis 31.08.2008

980,00 EUR x 18 : 30 = 588,00 EUR

Sachleistungsanteil 308,00 EUR = 52,38 v. H.

Geldleistungsanteil = 47,62 v. H.

Ergebnis:

Für die Zeit vom 14.08. bis 31.08.2008 besteht ein Anspruch auf Zahlung einer anteiligen Geldleistung (47,62 v. H. von 420,00 EUR = 200,00 EUR x 18 : 30) in Höhe von 120,00 EUR.

Ist für den Kalendermonat der tatsächlich in Anspruch genommene Sachleistungsanteil höher als der rechnerisch fiktive Höchstwert der Sachleistung für den (Teil-)monat, so kann eine anteilige Geldleistung für diesen Monat nicht gezahlt werden. (zum Höchstbetrag der Pflegesachleistung vgl. Ziffer 5 Abs. 4 zu § 36 SGB XI).

Beispiel 4

Pflegestufe II Verhältnis Sachleistung/Geldleistung
soll nachträglich festgestellt werden

vollstat. Krankenhausbehandlung vom 15.08. bis 31.08.2008

Sachleistung August = 760,00 EUR

Fiktive Höchstgrenze Pflegesachleistung vom 01.08. bis 15.08. und für den 31.08.

980,00 EUR x 16 : 30 = 522,67 EUR

Sachleistungsanteil 760,00 EUR = 145,41 v. H.

Ergebnis:

Der fiktive Höchstbetrag der Pflegesachleistung wird überschritten, eine anteilige Geldleistung kann nicht gezahlt werden.

(2) Die Leistungen der Pflegeversicherung ruhen nach § 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI (vgl. Ziffer 2 Abs. 2 zu § 34 SGB XI), soweit eine Pflegezulage nach § 35 BVG von der Versorgungsverwaltung bzw. Pflegegeld nach § 44 Abs. 2 SGB VII von der Unfallversicherung gewährt wird, und zwar in der Höhe dieser Leistung. Nimmt der Pflegebedürftige z. B. die Kombinationsleistung bei gleichzeitigem Bezug einer Pflegezulage nach § 35 BVG in Anspruch, ist zunächst der Anteil nach dem Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem tatsächlich in Anspruch genommenen Sachleistungsbetrag zu berechnen. Liegt das so berechnete anteilige Pflegegeld der Höhe nach unter dem anzurechnenden Betrag der Pflegezulage nach § 35 BVG kann kein Pflegegeld ausgezahlt werden. Sofern das anteilige Pflegegeld der Höhe nach über dem anzurechnenden Betrag der Pflegezulage nach § 35 BVG liegt, ist die Differenz auszuführen.

Beispiel 5

Pflegebedürftiger der Pflegestufe III – Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI im August 2008

Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe III (Stand: 16.05.2008) in Höhe von 638,00 EUR

Sachleistungsanteil 500,00 EUR	=	34,01 v. H.
Geldleistungsanteil	=	65,99 v. H.

Ergebnis:

Da der an sich zustehende Geldleistungsanteil in Höhe von 445,43 EUR (65,99 v. H. von 675,00 EUR) geringer ist als die anzurechnende Pflegezulage nach § 35 BVG in Höhe von 638,00 EUR, verbleibt kein auszahlender Restbetrag.

Beispiel 6

Pflegebedürftiger der Pflegestufe III – Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI im August 2008

Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe II (Stand: 16.05.2008) in Höhe von 450,00 EUR

Sachleistungsanteil 380,00 EUR	=	25,85 v. H.
Geldleistungsanteil	=	74,15 v. H.

Ergebnis:

Von dem Geldleistungsanteil in Höhe von 500,51 EUR (74,15 v. H. von 675,00 EUR) ist die anzurechnende Pflegezulage nach § 35 BVG in Höhe von 450,00 EUR in Abzug zu bringen. Somit ist eine anteilige Geldleistung in Höhe von 50,51 EUR zu zahlen.

Übersteigt der Anteil der Sachleistung die Differenz zwischen dem Höchstbetrag der Sachleistung und der Pflegezulage nach § 35 BVG bzw. des Pflegegeldes nach § 44 Abs. 2 SGB VII, ist die Sachleistung auf diese Differenz zu begrenzen. Eine anteilige Zahlung des Pflegegeldes kommt nicht mehr in Betracht.

(3) Bei der Kombinationsleistung wird der Anteil der Geldleistung bis zum Tod des Pflegebedürftigen gezahlt (vgl. Ziffer 2.3 zu § 37 SGB XI).

Für Pflegebedürftige, die eine feste Quote für die Kombinationsleistung gewählt haben, gilt diese Quote auch weiterhin für den Sterbemonat, so dass der Anteil der Geldleistung bis zum Ende des Sterbemonats gezahlt wird.

Hat sich der Pflegebedürftige jedoch nicht auf eine feste Quote für die Kombinationsleistung festgelegt, so ist bei der Ermittlung der anteiligen Geldleistung der tatsächlich in Anspruch genommene Sachleistungsanteil ins Verhältnis zum – rein rechnerischen – fiktiven Sachleistungshöchstanspruch für den (Teil-)Monat zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung im Sterbemonat maßgebend.

Beispiel 7

Pflegestufe II Verhältnis Sachleistung/Geldleistung
soll nachträglich festgestellt werden

Tod des Pflegebedürftigen am 18.08.2008

Sachleistung Januar = 145,00 EUR

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat August 2008

Fiktive Höchstgrenze Pflegesachleistung vom 01.08. bis 18.08.

980,00 EUR x 18 : 30 = 588,00 EUR

Sachleistungsanteil 145,00 EUR = 24,66 v. H.

Geldleistungsanteil = 75,34 v. H.

Ergebnis:

Für den Sterbemonat ist die anteilige Geldleistung in Höhe von 316,43 EUR (75,34 v. H. von 420,00 EUR) zu zahlen.

Sind im Sterbemonat keine Sachleistungen in Anspruch genommen worden, so ist für den Sterbemonat dasselbe Verhältnis wie im letzten Kalendermonat maßgebend.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson § 39 SGB XI

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1510 Euro ab 1. Januar 2010 und auf bis zu 1550 Euro ab 1. Januar 2012 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Satz 3 Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

1. Allgemeines

(1) Ist eine Pflegeperson an der Pflege gehindert, hat der Pflegebedürftige für die Dauer von bis zu vier Wochen (28 Kalendertage) je Kalenderjahr Anspruch auf Ersatzpflege. An der Pflege gehinderte Pflegepersonen sind Angehörige, der Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte oder sonstige Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen. Pflegekräfte einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI und Pflegekräfte mit denen die Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 SGB XI geschlossen hat, sind keine an der Pflege gehinderte Pflegepersonen i. S. des § 39 SGB XI.

Für die Ersatzpflege kann die Pflegekasse im Einzelfall bis zu 1.470 EUR (ab 1. Januar 2010 bis zu 1.510 EUR und ab 1. Januar 2012 bis zu 1.550 EUR) **im Kalenderjahr** übernehmen; die Zahlung bezieht sich dabei auf das Kalenderjahr und nicht auf die Pflegeperson(en). Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich auf die Höhe des in der jeweiligen Pflegestufe festgelegten Pflegegeldbetrages nach § 37 Abs. 1 SGB XI beschränkt. Der Anspruch auf Ersatzpflege ist in zweifacher Hinsicht – von der Dauer her und auf einen Höchstbetrag – begrenzt.

Die Ersatzpflege kann zum einen durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person (z. B. Angehörige, Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte) und zum anderen durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI (z. B. ambulante Pflegedienste, Familienentlastende Dienste) sowie andere nicht zugelassene Dienste, die im Rahmen einer Erwerbstätigkeit die Ersatzpflege durchführen (z. B. Dorfhelfer/-innen, Betriebshilfsdienste), erbracht werden.

Bei Empfängern von Pflegegeld tritt die Leistung der Ersatzpflege an die Stelle des Pflegegeldes. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das Pflegegeld gezahlt (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI). Dies gilt auch, wenn die Ersatzpflege in mehreren Teilzeiträumen in Anspruch genommen wird, da am ersten und letzten Tag der Ersatzpflege auch die Voraussetzungen für die Pflegegeldzahlung erfüllt werden. Bei stundenweiser Leistungserbringung ist auch ein Abruf möglich. In diesen Fällen erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.470 EUR (ab 1. Januar 2010 1.510 EUR, ab 1. Januar 2012 1.550 EUR). Für Tage, an denen die Ersatzpflege nicht mindestens 8 Stunden erbracht wird, erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 28 Tagen im Kalenderjahr. Das Pflegegeld wird bei stundenweiser Inanspruchnahme der Ersatzpflege von weniger als 8 Stunden täglich nicht gekürzt. Erfolgt eine stundenweise Leistungserbringung durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person, sollte eine entsprechende Beratung durch die Pflegekasse erfolgen. In der Regel ist für diesen Personenkreis der Anspruch auf Ersatzpflege nach § 39 Satz 4 SGB XI auf die Höhe des Pflegegeldes begrenzt (vgl. auch Ziffer 3.2). In den Fällen, in denen es zu einer Kürzung des Pflegegeldes bei nicht erwerbsmäßiger Pflege kommt, kann es für den Pflegebedürftigen günstiger sein, keine Ersatzpflege zu beantragen, da der Anspruch auf Ersatzpflege sowieso auf die Höhe des Pflegegeldes begrenzt ist und bei einem Verzicht auf Beantragung der Ersatzpflege der Gesamtanspruch durch die stundenweise Verhinderung der Pflegeperson nicht geschmälert wird.

Die Kosten der Ersatzpflege können bis zum Höchstbetrag von 1.470 EUR. (ab 1. Januar 2010 1.510 EUR, ab 1. Januar 2012 1.550 EUR) ohne anteilige Kürzung zusätzlich zur (ungekürzten) Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI erstattet werden. Dies kann im Einzelfall – bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III – dazu führen, dass in einem Monat bis zu 2.940 EUR, (ab 1. Januar 2010 bis zu 3.020 EUR, ab 1. Januar 2012 bis zu 3.100 EUR) und in Härtefällen sogar bis zu 3.388 EUR (ab Januar 2010 bis zu 3.428 EUR, ab Januar 2012 bis zu 3.468 EUR) von der Pflegekasse übernommen werden.

(2) Auf die Dauer des Leistungsanspruchs nach § 39 SGB XI wird die Zeit einer Leistungsgewährung nach § 42 SGB XI nicht angerechnet.

Beispiel

Urlaub der Pflegeperson vom 01.03. bis 28.03. = Kostenübernahme für Ersatzpflege nach § 39 SGB XI.

Erkrankung der Pflegeperson vom 01.05. bis 28.05. = Gewährung von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI.

(3) Der Anspruch auf Ersatzpflege entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Hieraus folgt, dass ein

- am 31.12. eines Jahres bestehender oder an diesem Tag – wegen Ablaufs der 4-Wochen-Frist – endender,
- vor dem 31.12. eines Jahres abgelaufener

Leistungsanspruch nach § 39 SGB XI – bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – ab 01.01. des Folgejahres für vier Wochen weiter besteht oder wiederauflebt.

2. Übergangsfälle im Jahr 2008

Im Hinblick auf den bis zum 30.06.2008 geltenden Leistungshöchstbetrag von 1.432 EUR ist in Bezug auf den maßgebenden individuellen Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen im Jahr 2008 auf den Zeitpunkt der Ersatzpflege abzustellen. D. h., für Fälle der Ersatzpflege bis zum 30.06.2008 gilt der Leistungshöchstbetrag von 1.432 EUR. Ist dieser Leistungsrahmen ausgeschöpft, besteht – das Vorliegen der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen vorausgesetzt – ein Anspruch auf Erstattung weiterer Aufwendungen bis zu 38 EUR (Differenz zum erhöhten Leistungsanspruch seit 01.07.2008) nur für Ersatzpflege, die nach dem 30.06.2008 durchgeführt wird. Eine Anwendung des höheren Leistungsanspruchs auf Ersatzpflegefälle vor dem 01.07.2008 ist nicht zulässig. In durchgehenden Fällen der Ersatzpflege über den 30.06.2008 hinaus wird für den gesamten Leistungsfall der ab 01.07.2008 geltende Leistungshöchstbetrag von 1.470 EUR zugrunde gelegt. Eine tageweise Aufteilung der Ersatzpflege erfolgt nicht.

3. Anspruchsvoraussetzungen

(1) Voraussetzung für die Leistung nach § 39 SGB XI ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Dies ist jedoch nicht so zu verstehen, dass dieselbe Pflegeperson den Pflegebedürftigen 6 Monate gepflegt haben muss. Die Gesetzesmaterialien geben hierzu keine Hinweise. Diese Regelung wird dahingehend ausgelegt, dass die Wartezeit von 6 Monaten auch erfüllt ist, wenn sich mehrere Personen die Pflege zeitlich geteilt haben. Die Pflege muss nicht ununterbrochen ausgeführt worden sein. Unterbrechungstatbestände, die den Voraussetzungen des § 39 SGB XI entsprechen und nicht länger als vier Wochen dauern, sind für die Erfüllung der Wartezeit unschädlich. Hat die Unterbrechung länger als vier Wochen gedauert, so verlängert sich die Frist um den Zeitraum der Hemmung. Nicht erforderlich ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor jeder neuen Unterbrechung der Pflegetätigkeit wiederum 6 Monate gepflegt haben muss.

Im Hinblick auf die ab 01.07.2008 geltende verkürzte Wartezeit sind Leistungsfälle der Ersatzpflege ab dem 01.07.2008 generell als „erstmalige Verhinderung“ im Sinne der Vorschrift zu verstehen, auch wenn bereits zuvor erstmalig Ersatzpflege beantragt, die Leistung jedoch wegen Nichterfüllung der Wartezeit abgelehnt wurde.

Beispiel:

Im Februar 2008 wird erstmalig Ersatzpflege für die Zeit vom 10.02. bis 15.02.2008 beantragt. Der Pflegebedürftige wird seit 1. Dezember 2007 in häuslicher Umgebung gepflegt.

Zwischenergebnis:

Die Pflegekasse lehnt den Leistungsanspruch ab, da die Wartezeit von 12 Monaten nicht erfüllt wird.

Im September 2008 wird erneut Ersatzpflege beantragt. Die Ersatzpflege soll vom 15.09. bis 20.09.2008 erfolgen.

Ergebnis:

Auf die Ersatzpflege im September ist die seit 01.07.2008 geltende Wartezeit von 6 Monaten anzuwenden, auch wenn die erstmalige Verhinderung im Februar 2008 lag. Da die 6-monatige Wartezeit im September 2008 erfüllt ist, besteht nunmehr Anspruch auf Ersatzpflege. Hinsichtlich der Ersatzpflege im Februar 2008 verbleibt es bei der Ablehnung des Leistungsanspruchs.

(2) Anspruchsvoraussetzung ist nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird.

3.1 Ersatzpflege außerhalb der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen

Da die Ruhensvorschrift nach § 34 Abs. 2 Satz 1 SGB XI hier ausdrücklich nicht gilt, ist die Erbringung dieser Leistung nicht auf die Ersatzpflege im Haushalt des Pflegebedürftigen beschränkt. Es gilt vielmehr ein erweiterter Häuslichkeitsbegriff. Die Ersatzpflege kann daher insbesondere in

- einem Wohnheim für behinderte Menschen,
- einem Internat,
- einer Krankenwohnung,
- einem Kindergarten,
- einer Schule,
- einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung,
- einem Krankenhaus oder
- einer Pflegeeinrichtung (unabhängig von einer Zulassung nach § 72 SGB XI)

durchgeführt werden (zum Anspruch auf Ersatzpflege im Ausland vgl. Ziffer 1 Abs. 1 zu § 34 SGB XI). Bei der Kostenübernahme für diese oder vergleichbare Einrichtungen ist jedoch darauf zu achten, dass nur die pflegebedingten Aufwendungen berücksichtigt werden können. Investitionskosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder für Zusatzleistungen sowie die Behandlungspflege und soziale Betreuung dürfen hier jedoch nicht übernommen werden. Falls in diesem Zusammenhang lediglich eine Gesamtsumme oder ein Tagessatz – ohne weitere Spezifizierung – in Rechnung gestellt wird, sollte ein Prozentsatz in Höhe von mindestens 20 v. H. von der Summe des Rechnungsbetrages für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung in Abzug gebracht werden. Soweit mit Einrichtungen auf der Grundlage des 8. Kapitels des SGB XI Vergütungsverhandlungen geführt wurden, und damit auch der pflegebedingte Anteil am Pflegesatz feststeht, ist dieser entsprechend zu berücksichtigen. Soweit entsprechende Pflegesatzvereinbarungen bzw. Vergütungsregelungen von derartigen Einrichtungen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe getroffen worden sind, kann der pflegebedingte Anteil ebenfalls ermittelt und für die Leistungsgewährung herangezogen werden.

Beispiel

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird vom 11.09. bis 03.10.2008 (23 Kalendertage) in einer Rehabilitationseinrichtung erbracht.

Rechnungsbetrag der Rehabilitationseinrichtung für 23 Tage Ersatzpflege	1.530,00 EUR
Abzug für Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung in Höhe von 20 v. H. des Rechnungsbetrages	306,00 EUR
Erstattungsbetrag	1.224,00 EUR

Im laufenden Kalenderjahr besteht noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 5 Kalendertage bzw. in Höhe von 246,00 EUR.

3.1.1 Ersatzpflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI

Ist bei Pflegebedürftigen, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden und die Leistungen nach § 43a SGB XI und der häuslichen Pflege (§ 36 oder § 37 SGB XI) erhalten, im häuslichen Bereich die Pflege (z. B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, können die Leistungen nach § 39 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Eine Anrechnung auf die Leistungen nach § 43a SGB XI ist nicht vorzunehmen. Sofern für den Pflegebedürftigen in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, kann eine Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 43a SGB XI abgegolten.

3.2 Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben

(1) Wird die Ersatzpflege in Form der häuslichen Pflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann davon ausgegangen werden, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe beschränkt. Werden aber höhere notwendige Aufwendungen durch die Pflegeperson nachgewiesen, wie z. B. Verdienstausfall oder Fahrkosten, so kann in diesen besonders gelagerten Fällen eine Kostenerstattung bis zu 1.470 EUR, (ab 1. Januar 2010 bis zu 1.510 EUR, ab 1. Januar 2012 bis zu 1.550 EUR) erfolgen.

(2) Bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges ist in Anlehnung an das Krankenversicherungsrecht (§ 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V) pro gefahrenen Kilometer jeweils der nach dem Bundesreisekostengesetz (§ 5 Abs. 1 BRKG) festgesetzte Betrag für die Wegstreckenentschädigung (0,20 EUR) zu erstatten. Eine Begrenzung auf den Höchstbetrag von zur Zeit 130 EUR bzw. 150 EUR erfolgt nicht.

(3) Verwandte (§ 1589 BGB) des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad sind Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister.

Verschwägerte (§ 1590 BGB) des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad sind Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin.

Beispiel 1

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Tochter vom 04.08. bis 31.08.2008 (28 Kalendertage) durchgeführt. Von der Tochter werden Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 60,00 EUR nachgewiesen.

Kostenübernahme in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe II	=	420,00 EUR
plus Fahrkosten	=	<u>60,00 EUR</u>
Erstattungsbetrag	=	480,00 EUR

Darüber hinaus ist der Anspruch auf Ersatzpflege aus zeitlichen Gründen für das laufende Kalenderjahr erschöpft.

Beispiel 2

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe I wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn vom 20.08. bis 09.09.2008 (21 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden Verdienstaufschlag in Höhe von 1.445,00 EUR und Fahrkosten in Höhe von 84,00 EUR (20 km x 0,20 EUR = 4,00 EUR x 21 Tage = 84,00 EUR) nachgewiesen.

Kostenübernahme in Höhe des Pflegegeldes		
der Pflegestufe I		
215,00 EUR x 21 Kalendertage : 28	=	161,25 EUR
plus Fahrkosten	=	84,00 EUR
plus Verdienstausschlag	=	<u>1.445,00 EUR</u>
Gesamt	=	1.690,25 EUR

Da der Höchstbetrag überschritten wird, können maximal 1.470,00 EUR erstattet werden. Darüber hinaus ist der Anspruch auf Ersatzpflege für das laufende Kalenderjahr erschöpft.

Beispiel 3

Teil 1

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Schwester vom 18.08. bis 22.08.2008 (5 Kalendertage) durchgeführt. Von der Schwester werden zusätzlich Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 30,00 EUR nachgewiesen.

Kostenübernahme in Höhe des Pflegegeldes		
der Pflegestufe III		
675,00 EUR x 5 Kalendertage : 28	=	120,54 EUR
plus Fahrkosten	=	<u>30,00 EUR</u>
Erstattungsbetrag	=	150,54 EUR

Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 23 Kalendertage bzw. in Höhe von 1.319,46 EUR.

Teil 2

Darüber hinaus wird die Ersatzpflege für diesen Pflegebedürftigen in einem Wohnheim für behinderte Menschen vom 08.10. bis 30.10.2008 (23 Kalendertage) erbracht. An pflegebedingten Aufwendungen werden 1.323,50 EUR nachgewiesen. Da nur noch ein Restbetrag von 1.319,46 EUR zur Verfügung steht, kann dieser erstattet werden.

3.3 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Ersatzpflege von mehr als vier Wochen durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben

Eine Beschränkung der Kostenerstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe bei Pflege durch Familienangehörige (bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert) oder Haushaltsangehörige erfolgt nicht, wenn im konkreten Einzelfall dargelegt wird, dass die Durchführung der Ersatzpflege der Erzielung von Erwerbseinkommen dient.

Nach den Gesetzesmaterialien kann dies insbesondere dann angenommen werden, wenn die Ersatzpflege länger als vier Wochen (28 Kalendertage) dauert.

Beispiel 1

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird von dessen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährtin vom 01.08. bis 30.08.2008 (30 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Versicherte 1.050,00 EUR (täglich 35,00 EUR) gezahlt.

Ergebnis:

Die Pflege dauert länger als vier Wochen, so dass Erwerbsmäßigkeit anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den Betrag des Pflegegeldes der Pflegestufe II (420,00 EUR) nicht in Betracht.

Kostenerstattung in Höhe von 980,00 EUR (35,00 EUR x 28 Kalendertage)

Der Anspruch auf Ersatzpflege ist aus zeitlichen Gründen für das laufende Kalenderjahr erschöpft.

Beispiel 2

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Tochter vom 01.09. bis 05.10.2008 (35 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Versicherte 2.100,00 EUR (täglich 60,00 EUR) gezahlt. Darüber hinaus werden von der Tochter zusätzlich Fahrkosten in Höhe von 183,70 EUR nachgewiesen.

Ergebnis:

Die Pflege dauert länger als vier Wochen, so dass Erwerbsmäßigkeit anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den Betrag des Pflegegeldes der Pflegestufe II (420,00 EUR) nicht in Betracht.

Der Höchstbetrag (2.100,00 EUR + 183,70 EUR : 35 Tage = 65,25 EUR x 23 Kalendertage = 1.500,75 EUR) wird bereits am 23.09. überschritten. Für den Zeitraum vom 01.09. bis 22.09.2008 werden 1.470,00 EUR erstattet.

Der Anspruch auf Ersatzpflege für das laufende Kalenderjahr ist erschöpft. Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI in der festgestellten Pflegestufe besteht für den 01.09.2008 sowie für die Zeit ab 22.09.2008.

Erwerbsmäßigkeit ist allerdings dann nicht anzunehmen, wenn nur durch Kumulation mehrerer Ersatzpflegen im laufenden Jahr (Zeitraum von 12 Monaten) der Zeitraum von vier Wochen überschritten wird.

Allein die Zeitdauer der jeweils separat zu beurteilenden Ersatzpflege ist ausschlaggebend für die individuell infrage kommende Kostenerstattungsregelung.

Beispiel 3

Teil 1

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Tochter in der Zeit vom 01.09. bis 14.09.2008 (14 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Versicherte 550,00 EUR gezahlt. Darüber hinaus werden von der Tochter zusätzlich Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 168,00 EUR (täglich 12,00 EUR) nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme in Höhe des Pflegegeldes
der Pflegestufe III

675,00 EUR x 14 Kalendertage : 28	=	337,50 EUR
plus 14 Kalendertage x 12,00 EUR Fahrkosten	=	<u>168,00 EUR</u>
Erstattungsbetrag	=	505,50 EUR

Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 14 Kalendertage bzw. in Höhe von 964,50 EUR.

Teil 2

Erneute Ersatzpflege durch die Tochter in der Zeit vom 26.11. bis 15.12.2008 (20 Kalendertage). Hierfür hat ihr der Versicherte 830,00 EUR gezahlt. Fahrkosten werden zusätzlich in Höhe von 240,00 EUR für öffentliche Verkehrsmittel (täglich 12,00 EUR) nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme wie im Teil 1 (Erstattungsbetrag = 505,50 EUR, für die restlichen 14 Kalendertage), da eine Kumulation nicht erfolgt und die zweite Ersatzpflege nicht länger als 28 Kalendertage andauert.

Darüber hinaus ist der Anspruch auf Ersatzpflege für das laufende Kalenderjahr aus zeitlichen Gründen erschöpft.

Beispiel 4**Teil 1**

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Schwiegertochter in der Zeit vom 18.09. bis 27.09.2008 (10 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Versicherte 367,00 EUR gezahlt. Darüber hinaus werden von der Schwiegertochter zusätzlich Fahrkosten in Höhe von 32,00 EUR (täglich 16 km x 0,20 EUR = 3,20 EUR) nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme in Höhe des Pflegegeldes
der Pflegestufe III

675,00 DM x 10 Kalendertage : 28	=	241,07 EUR
plus 10 Kalendertage x 3,20 EUR Fahrkosten	=	<u>32,00 EUR</u>
Erstattungsbetrag	=	273,07 EUR

Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 18 Kalendertage bzw. in Höhe von 1.196,93 EUR.

Teil 2

Erneute Ersatzpflege durch die Schwiegertochter in der Zeit vom 09.11. bis 13.12.2008 (35 Kalendertage). Hierfür hat ihr der Versicherte 1.284,50 EUR (täglich 36,70 EUR) gezahlt. Fahrkosten werden zusätzlich in Höhe von 112,00 EUR (täglich 16 km x 0,20 EUR = 3,20 EUR) nachgewiesen.

Ergebnis:

Die Pflege dauert länger als vier Wochen, so dass Erwerbsmäßigkeit anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den Betrag des Pflegegeldes der Pflegestufe III (675,00 EUR) nicht in Betracht.

Kostenübernahme für die allgemeinen Pflegeleistungen in Höhe von 36,70 EUR x 18 Kalendertage	=	660,60 EUR
plus 18 Kalendertage x 3,20 EUR Fahrkosten	=	<u>57,60 EUR</u>
Erstattungsbetrag	=	718,20 EUR

Der Anspruch auf Ersatzpflege ist aus zeitlichen Gründen für das laufende Kalenderjahr erschöpft. Eine Neuberechnung für die Ersatzpflege vom 18.09. bis 27.09.2008 erfolgt nicht.

3.4 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit einer Ersatzpflegeperson, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt und im laufenden Jahr bereits einen anderen Pflegebedürftigen gepflegt hat

Erwerbsmäßigkeit kann nach den Gesetzesmaterialien insbesondere angenommen werden, wenn seitens der Ersatzpflegeperson nachgewiesen wird, dass von ihr im laufenden Jahr (Zeitraum von 12 Monaten) bereits ein anderer Pflegebedürftiger über einen Zeitraum von mehr als einer Woche gepflegt wurde. Sollte es sich bei der ersten Ersatzpflege im laufenden Jahr um einen Pflegebedürftigen handeln, der mit der Pflegeperson bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, erfolgt im Nachhinein keine erneute Beurteilung dieser Ersatzpflege (vgl. Ziffer 3.3).

Beispiel

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Enkeltochter in der Zeit vom 01.08. bis 14.08.2008 (14 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Versicherte 550,00 EUR gezahlt. Darüber hinaus werden von der Enkeltochter zusätzlich Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 160,00 EUR nachgewiesen.

Gleichzeitig weist die Enkeltochter nach, dass sie bereits in der Zeit vom 03.12. bis 17.12.2007 eine Ersatzpflege bei einem anderen Pflegebedürftigen durchgeführt hat.

Ergebnis:

Die Ersatzpflegeperson pflegt zwei verschiedene Pflegebedürftige jeweils länger als eine Woche innerhalb eines 12-Monats-Zeitraumes, so dass Erwerbsmäßigkeit für die Ersatzpflege ab 01.08.2008 anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den Betrag des Pflegegeldes der Pflegestufe III (675,00 EUR) nicht in Betracht.

Kostenübernahme für die allgemeinen Pflegeleistungen in Höhe von	=	550,00 EUR
plus Fahrkosten	=	<u>160,00 EUR</u>
Erstattungsbetrag	=	710,00 EUR

Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 14 Kalendertage bzw. in Höhe von 760,00 EUR.

3.5 Ersatzpflege durch entfernte Verwandte/Verschwägerte (ab dem dritten Grad) oder durch Nachbarn/Bekannte

Wird die Ersatzpflege durch entfernte Verwandte/Verschwägerte (ab dem dritten Grad) oder durch eine Person aus der Nachbarschaft geleistet, erfolgt keine Beschränkung der Kostenerstattung auf den Betrag des Pflegegeldes. Vielmehr kann der Höchstbetrag von 1.470 EUR (ab 1. Januar 2010 1.510 EUR, ab 1. Januar 2012 1.550 EUR) ausgeschöpft werden, wenn entsprechende Aufwendungen für die Ersatzpflege nachgewiesen sind. Kosten für die allgemeinen Pflegeleistungen gelten als nachgewiesen, wenn sie durch eine entsprechende Quittung o. ä. belegt sind. Im Übrigen muss es sich bei diesen Ersatzpflegepersonen nicht um einschlägig vorgebildete Pflegekräfte handeln.

Beispiel 1

Die Ersatzpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Nichte vom 01.08. bis 17.08.2008 (17 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Versicherte 1.150,00 EUR gezahlt. Darüber hinaus werden von der Nichte zusätzlich Fahrkosten in Höhe von 47,60 EUR (täglich 14 km x 0,20 EUR = 2,80 EUR) nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme für die allgemeinen Pflegeleistungen in Höhe von	=	1.150,00 EUR
plus 17 Kalendertage x 2,80 EUR Fahrkosten	=	<u>47,60 EUR</u>
Erstattungsbetrag	=	1.197,60 EUR

Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 11 Kalendertage bzw. in Höhe von 272,40 EUR.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III ruft Sachleistungen durch eine ambulante Pflegeeinrichtung ab. Seine Ehefrau pflegt ihn zusätzlich.

In der Zeit vom 15.08. bis 14.09.2008 (31 Kalendertage) ist die Ehefrau durch Urlaub an der Pflege gehindert. Für die Dauer des Urlaubs wird die zusätzliche Pflege durch eine Nachbarin erbracht, die in keinem verwandtschaftlichen Verhältnis zu dem Pflegebedürftigen steht. Hierfür hat ihr der Versicherte 1.860,00 EUR (täglich 60,00 EUR) gezahlt.

Ergebnis:

Neben der Pflegesachleistung können für die Zeit vom 15.08. bis 11.09.2008 max. 1.470,00 EUR im Rahmen der Ersatzpflege erstattet werden, da der Höchstbetrag (60,00 EUR x 28 Kalendertage = 1.680,00 EUR) überschritten wird.

Der Anspruch auf Ersatzpflege für das laufende Kalenderjahr ist erschöpft.

3.6 Ausschöpfung des Leistungsanspruchs

(1) Ist der Leistungsanspruch für das laufende Kalenderjahr bereits ausgeschöpft, kann bei Ersatzpflege im häuslichen Bereich für die weitere Dauer der Ersatzpflege Pflegegeld gezahlt werden, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

(2) Sofern der Leistungsrahmen der Ersatzpflege entweder in der Höhe oder von den Kalendertagen ausgeschöpft ist, stehen dem Pflegebedürftigen bereits ab diesem Zeitpunkt für den weiteren – kurzzeitigen – Aufenthalt in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung grundsätzlich bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI zur Verfügung, wenn die Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI zur Kurzzeitpflege bzw. vollstationären Pflege zugelassen sind (vgl. Ziffer 4.4 zu § 42 SGB XI). Ist die Pflegeeinrichtung nicht nach § 72 SGB XI zur Kurzzeitpflege bzw. vollstationären Pflege zugelassen, kommt aufgrund der insoweit sichergestellten Pflege die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI in Betracht.

Ist der Pflegebedürftige in einer nicht zugelassenen Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI) untergebracht, steht ihm nach Ausschöpfung des Leistungsrahmens entweder in der Höhe oder von den Kalendertagen ab diesem Zeitpunkt für die weitere Unterbringung Pflegegeld nach § 37 SGB XI entsprechend der festgestellten Pflegestufe zu.

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger in der Pflegestufe II stellt für den Zeitraum vom 01.09. bis 15.10.2008 einen für dieses Kalenderjahr erstmaligen Antrag auf Ersatzpflege für die Unterbringung in einer nicht zugelassenen Pflegeeinrichtung. Die pflegebedingten Aufwendungen betragen täglich 57,00 EUR.

Ergebnis:

Der Höchstbetrag in Höhe von 1.470,00 EUR wird bereits am 26.09.2008 ausgeschöpft. Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI besteht für den 01.09.2008 und für die Zeit ab dem 26.09.2008 für die restliche Dauer der Unterbringung.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

§ 40 SGB XI

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

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

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

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und mit Zustimmung des Bundesra-

tes die im Rahmen der Pflegeversicherung zu gewährenden Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zu bestimmen.

1. Pflegehilfsmittel

1.1 Allgemeines

(1) Die Pflegekassen stellen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen oder zur Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung des Pflegebedürftigen Pflegehilfsmittel zur Verfügung (§ 40 Abs. 1 SGB XI). Ein Anspruch auf Pflegehilfsmittel besteht nur bei häuslicher Pflege.

(2) Nach § 78 Abs. 2 Satz 2 SGB XI erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Dieses enthält Produkte, die generell nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung die Pflege erleichtern, Beschwerden lindern bzw. eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, ohne als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens eingestuft zu sein. Über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln schließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge. Ungeachtet dessen können auch die Pflegekassen entsprechende Verträge schließen (§ 78 Abs. 1 SGB XI).

1.2 Leistungsanspruch

(1) Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu einem Betrag von monatlich 31 EUR übernommen. Aufwendungen, die über diesen Höchstbetrag hinausgehen, gehen zu Lasten des Versicherten. Der Versicherte kann wählen, ob er zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel als Sachleistung im Rahmen der zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen geschlossenen Verträge oder in Form der Kostenerstattung für selbst beschaffte Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen will. Wählt der Versicherte die Kostenerstattung, sollte aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität in Fällen, in denen ein monatlicher Bedarf an zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln in Höhe von mindestens 31 EUR nachgewiesen ist (wenn beispielsweise im letzten halben Jahr der Leistungsanspruch stets voll ausgeschöpft wurde und dies auch zukünftig mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist), auf die monatliche Vorlage von entsprechenden Belegen verzichtet werden. In diesen Fällen kann ohne weitere Prüfung der monatliche Höchstbetrag ausgezahlt werden.

(2) Technische Pflegehilfsmittel sollen vorrangig leihweise überlassen werden. Lehnt der Versicherte die leihweise Überlassung ohne zwingenden Grund ab, hat er die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen. Auch Mehrkosten für eine vom Versicherten gewünschte Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, sowie dadurch bedingte Folgekosten gehen zu Lasten des Versicherten.

1.3 Zuzahlung

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel eine Zuzahlung in Höhe von 10 v. H., höchstens jedoch 25 EUR je Pflegehilfsmittel, zu zahlen. Eine Zuzahlungspflicht besteht nicht bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln sowie bei leihweise überlassenen Pflegehilfsmitteln.

(2) In analoger Anwendung der Regelung des § 62 SGB V ist die Zuzahlung für Versicherte auf die individuelle Belastungsgrenze in Höhe von zwei v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Für Pflegebedürftige, die nach den Regelungen des § 62 Abs. 1 Satz 2 2. Halbsatz SGB V als chronisch krank anerkannt sind, gilt als Belastungsgrenze auch im Recht der Pflegeversicherung der reduzierte Wert von ein v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Regelung im Recht der GKV, wonach die Belastungsgrenze bei Versicherten, die Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch nehmen, generell bei zwei v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt liegt, findet hingegen keine Anwendung.

(3) In die Berechnung der maßgeblichen Zuzahlungen für den Abgleich mit der individuellen Belastungsgrenze sind die Zuzahlungen des Pflegebedürftigen für Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 3 SGB XI sowie für Hilfsmittel nach § 33 Abs. 8 SGB V einzubeziehen. Nicht berücksichtigt werden

- Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, die über 31 EUR monatlich hinausgehen,
- Mehrkosten für eine vom Versicherten gewünschte, nicht notwendige Ausstattung von Pflegehilfsmitteln sowie
- vom Versicherten zu tragende Kosten bei Ablehnung einer leihweisen Überlassung eines Pflegehilfsmittels.

Versicherte, die im Bereich der GKV wegen Erreichung der Belastungsgrenze von weiteren Zuzahlungen befreit sind, sind damit automatisch auch von Zuzahlungen im Bereich der Pflegekasse befreit. Dies ist auf den Bescheinigungen über die Befreiung (vgl. § 62 Abs. 3 SGB V) zu berücksichtigen.

1.4 Leistungsabgrenzung zur Krankenversicherung

Wie unter Ziffer 1.1 Absatz 2 ausgeführt, enthält das Pflegehilfsmittelverzeichnis Produkte, die generell nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung die Pflege erleichtern, Beschwerden lindern bzw. eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V enthält Produkte, die nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung dazu geeignet sind, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Einige Produkte erfüllen zusätzlich auch einzelne Merkmale eines Pflegehilfsmittels.

Produkte, die im Pflegehilfsmittelverzeichnis gelistet sind, gehen damit generell zu Lasten der Pflegeversicherung.

Ob ein Hilfsmittel, das auch Merkmale eines Pflegehilfsmittels aufweist, trotz seiner Aufnahme im Hilfsmittelverzeichnis der GKV, nach § 40 Abs. 1 SGB XI einem Pflegebedürftigen als Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt werden muss, ist nach den konkreten Umständen des Einzelfalls zu entscheiden. Ein Anspruch nach § 40 Abs. 1 SGB XI besteht insoweit, wenn

- ein solches Produkt im konkreten Einzelfall allein der Erleichterung der Pflege, der Linderung der Beschwerden oder der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung dient oder
- bei einem solchen Produkt im konkreten Einzelfall zwar marginal noch ein Behinderungsausgleich vorstellbar ist, die Aspekte der Erleichterung der Pflege, der Linderung der Beschwerden oder der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung aber so weit überwiegen, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht gerechtfertigt ist.

Bei Hilfsmitteln, die bisher weder im Hilfsmittelverzeichnis noch im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, gilt ein vergleichbarer Maßstab.

2. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

2.1 Leistungsvoraussetzungen

(1) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, wie z. B. Umbaumaßnahmen und/oder technische Hilfen im Haushalt (§ 40 Abs. 4 SGB XI).

(2) Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können gewährt werden, wenn dadurch im Einzelfall

- die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht wird,
- die häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und der Pflegenden verhindert oder
- eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von personeller Hilfe verringert wird.

Dabei sind die Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht nur auf die Ermöglichung und Erleichterung von verrichtungsbezogenen Hilfeleistungen i. S. des § 14 Abs. 4 SGB XI bzw. auf die Herbeiführung der Entbehrlichkeit solcher Hilfeleistungen beschränkt.

2.2 Leistungsinhalt

(1) Bis zu einem Betrag von 2.557,00 EUR je Maßnahme können die Pflegekassen im Rahmen ihres Ermessens Zuschüsse gewähren. Hierbei handelt es sich um

- Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind (z. B. Türverbreiterung, fest installierte Rampen und Treppenlifter, Erstellung von Wasseranschlüssen bei der Herstellung von hygienischen Einrichtungen, Einbau individueller Liftsysteme im Bad, nicht jedoch serienmäßig hergestellter Lifter, die lediglich mit Dübeln verankert werden),
- Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgestaltet wird (z. B. motorisch betriebene Absenkung von Küchenhängeschränken, Austausch der Badewanne durch eine Dusche).

(2) Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen liegt auch vor, wenn den Besonderheiten des Einzelfalles durch einen Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung (z. B. Umzug aus einer Obergeschoss- in eine Parterrewohnung) Rechnung getragen werden kann. In diesem Fall kann die Pflegekasse die Umzugskosten bezuschussen. Sofern noch Anpassungen in der neuen Wohnung erforderlich sind, können neben den Umzugskosten weitere Aufwendungen für eine Wohnumfeldverbesserung bezuschusst werden. Dabei darf allerdings der Zuschuss für den Umzug und die Wohnumfeldverbesserung insgesamt den Betrag von 2.557,00 EUR nicht überschreiten.

(3) Da es sich bei den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes um eine Zuschussleistung handelt, ist der Antragsteller mit der Bewilligung darauf hinzuweisen, dass die sich im Zusammenhang mit dieser Maßnahme ergebenden mietrechtlichen Fragen in eigener Verantwortlichkeit zu regeln sind. Im Rahmen ihrer Aufklärungs- und Beratungspflicht nach §§ 7, 31 SGB XI sollten hier die Pflegekassen tätig werden (z. B. durch Einschaltung des MDK).

(4) Die Bewilligung von Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes durch die Pflegekasse bzw. einen anderen Leistungsträger schließt einen gleichzeitigen Anspruch auf Hilfsmittel nach § 33 SGB V bzw. Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI grundsätzlich nicht aus. Z. B. könnte die Pflegekasse als Wohnumfeldverbesserung die Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche bezuschussen und die GKV bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 33 SGB V einen Duschsitz zur Verfügung stellen.

3. Wohnung/Haushalt

(1) Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes kommen in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder in dem Haushalt, in den er aufgenommen wurde, in Betracht. Entscheidend ist, dass es sich um den auf Dauer angelegten, unmittelbaren Lebensmittelpunkt des Pflegebedürftigen handelt. In Alten- und Pflegeheimen sowie Wohneinrichtungen, die vom Vermieter gewerbsmäßig nur an Pflegebedürftige vermietet werden, liegt eine Wohnung/ein Haushalt in diesem Sinne nicht vor.

(2) Maßnahmen i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI kommen sowohl in vorhandenem Wohnraum wie auch im Zusammenhang mit der Herstellung neuen Wohnraums in Frage. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen auf die individuellen Anforderungen des Bewohners ausgerichtet sind.

(3) Wird die wohnumfeldverbessernde Maßnahme im Zusammenhang mit der Herstellung neuen Wohnraums durchgeführt, sind hinsichtlich der Zuschussbemessung die durch die Maßnahme entstandenen Mehrkosten zu berücksichtigen (z. B. Mehrkosten durch Einbau breiterer als den DIN-Normen entsprechender Türen, Einbau einer bodengleichen Dusche anstelle einer Duschwanne). In der Regel werden sich die Mehrkosten auf die Materialkosten erstrecken. Mehrkosten beim Arbeitslohn und sonstigen Dienstleistungen können nur berücksichtigt werden, wenn sie eindeutig auf die wohnumfeldverbessernde Maßnahme zurückzuführen sind.

4. Maßnahme

(1) Die Pflegekasse kann je Maßnahme einen Zuschuss bis zu einem Betrag von 2.557,00 EUR gewähren. Dabei sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Hierbei ist nicht maßgeblich, ob die notwendigen Einzelmaßnahmen

- jeweils auf die Ermöglichung bzw. Erleichterung der häuslichen Pflege oder jeweils auf die Wiederherstellung einer möglichst selbständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen gerichtet sind,
- jeweils auf die Verbesserung der Lage in demselben Pflegebereich oder auf verschiedene Pflegebereiche abzielen,
- in demselben Raum der Wohnung oder in verschiedenen Räumen durchgeführt werden oder
- innerhalb oder außerhalb der Wohnung bzw. des Hauses stattfinden.

Dies gilt auch dann, wenn die Verbesserungsmaßnahmen in Einzelschritten verwirklicht werden. So stellt z. B. bei der Befahrbarmachung der Wohnung für den Rollstuhl nicht jede einzelne Verbreiterung einer Tür eine Maßnahme im Sinne dieser Vorschrift dar, sondern die Türverbreiterungen und die Entfernung von Türschwellen insgesamt.

(2) Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich, handelt es sich erneut um eine Maßnahme im Sinne von § 40 Abs. 4 SGB XI, so dass ein weiterer Zuschuss bis zu einem Betrag von 2.557,00 EUR gewährt werden kann.

Beispiel

In dem Wohnumfeld eines auf einen Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen, der von seiner Ehefrau gepflegt wird, ist der Einbau von fest installierten Rampen, die Verbreiterung der Türen und die Anpassung der Höhe von Einrichtungsgegenständen erforderlich.

Diese Wohnumfeldverbesserungen sind als eine Maßnahme i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI zu werten und mit maximal 2.557,00 EUR zu bezuschussen.

Aufgrund der wegen zunehmenden Alters eingeschränkten Hilfestellungen der Ehefrau und weiterer Einschränkungen der Mobilität des Pflegebedürftigen ist zu einem späteren Zeitpunkt die Benutzung der vorhandenen Badewanne nicht mehr möglich. Durch den

Einbau einer bodengleichen Dusche kann die Pflege weiterhin im häuslichen Bereich sichergestellt werden. Hier sind durch die veränderte Pflegesituation weitere wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erforderlich geworden, die erneut mit maximal 2.557,00 EUR bezuschusst werden können.

5. Zuschusshöhe

Bei der Bemessung des Zuschusses, dessen Höhe auf 2.557,00 EUR je Maßnahme begrenzt ist, sind die Gegebenheiten im Einzelfall zu berücksichtigen. Die Höhe des Zuschusses richtet sich dabei nach den Kosten der Maßnahme und der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen. Aus Steuerungsgründen ist ein angemessener Eigenanteil des Versicherten vorgesehen.

5.1 Eigenanteil des Pflegebedürftigen

Zu den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes hat der Versicherte einen angemessenen Eigenanteil zu entrichten. Die Höhe des Eigenanteils ist abhängig von den beiden Faktoren

- Kosten der Maßnahme und
- Einkommen des Pflegebedürftigen.

Nach § 78 Abs. 2 Satz 1 SGB XI regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit Wirkung für seine Mitglieder das Nähere zur Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI. Die folgenden Ausführungen gelten als Bestandteil dieser Regelungen. Sie sollen eine gleichmäßige Bemessung der Zuschüsse gewährleisten.

5.2 Höhe des Eigenanteils

Der Pflegebedürftige trägt als Eigenanteil 10 v. H. der Kosten der Maßnahme, jedoch höchstens 50 v. H. seiner monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Hat der Pflegebedürftige keine eigenen Einnahmen zum Lebensunterhalt, entfällt für ihn ein Eigenanteil.

Beispiel

Kosten der Maßnahme	=	2.530,00 EUR
Monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Pflegebedürftigen	=	410,00 EUR
Eigenanteil	=	205,00 EUR
Zuschuss der Pflegekasse	=	2.325,00 EUR

5.3 Maßgebliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

(1) Zur Definition des Begriffes "Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt" gelten die Kommentierungen der Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrem Gemeinsamen Rundschreiben zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 01.01.2007.

(2) Bei der Festsetzung des Eigenanteils ist im Allgemeinen von den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Monats auszugehen, der dem Monat vorangeht, in dem der Antrag auf Zuschüsse nach § 40 Abs. 4 SGB XI gestellt wird. Führt die Berücksichtigung nur eines Monats zu Ergebnissen, die nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen (z. B. Teilentgeltzahlungszeitraum), so ist für die Beurteilung ein längerer Zeitraum (z. B. drei Monate) heranzuziehen.

(3) Sollte sich das Einkommen im Zeitraum zwischen dem Leistungsantrag und der Durchführung der Maßnahme ändern, kann die Pflegekasse auf Antrag des Versicherten den Eigenanteil neu festsetzen.

(4) Die Festsetzung des Eigenanteils nach § 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI ist ein eigenständiger, von den Härtefallregelungen nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI und § 62 SGB V unabhängiger Verwaltungsakt. Deshalb sind bei der Festsetzung des Eigenanteils nur die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Etwaige Einnahmen weiterer Familienangehöriger im gleichen Haushalt sind unbeachtlich. Andererseits werden von den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Pflegebedürftigen auch keine Abschläge für Familienangehörige vorgenommen.

5.4 Berücksichtigungsfähige Kosten

(1) Bei der Zuschussgewährung sind als Kosten der Maßnahme Aufwendungen für

- Durchführungshandlungen (vgl. Ziffer 7.2 Abs. 3),
- Materialkosten (auch bei Ausführung durch Nichtfachkräfte),
- Arbeitslohn und ggf.
- Gebühren (z. B. für Genehmigungen)

zu berücksichtigen. Wurde die Maßnahme von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten ausgeführt, sind die tatsächlichen Aufwendungen (z. B. Fahrkosten, Verdienstausschlag) zu berücksichtigen.

(2) Belaufen sich die Kosten der Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf mehr als 2.557,00 EUR, wird der überschüssige Betrag bei der Ermittlung des Eigenanteils berücksichtigt.

	Beispiel 1	Beispiel 2	Beispiel 3
Kosten der Maßnahme	3.100,00 EUR	2.600,00 EUR	3.100,00 EUR
Monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Pflegebedürftigen	1.000,00 EUR	400,00 EUR	3.000,00 EUR
Eigenanteil	543,00 EUR	200,00 EUR	543,00 EUR
Zuschuss der Pflegekasse	2.557,00 EUR	2.400,00 EUR	2.557,00 EUR

5.5 Durchführung von Reparaturen

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, deren Einbau bzw. Umbau bereits von der Pflegekasse bezuschusst worden sind und die repariert werden müssen, können nicht nochmal als wohnumfeldverbessernde Maßnahme bezuschusst werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Pflegekassen einen "nachrangigen Zuschuss" leisten.

5.6 Umbaumaßnahmen in Wohnungen, in denen mehrere Pflegebedürftige wohnen

(1) Werden in einer Wohnung, in der mehrere Pflegebedürftige wohnen, bauliche Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung durchgeführt, die auch mehreren Pflegebedürftigen dienen (z. B. Türverbreiterungen für zwei Rollstuhlfahrer), bleibt der Zuschuss nach § 40 Abs. 4 SGB XI auf 2.557,00 EUR begrenzt. Die Kosten trägt in diesen Fällen die zuerst angegangene Pflegekasse. Bei der Bemessung der Höchstgrenze des Eigenanteils sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der Pflegebedürftigen nicht zu addieren. Maßgebend sind jeweils die niedrigsten Bruttoeinnahmen, unabhängig davon, bei welcher Pflegekasse der Pflegebedürftige versichert ist.

Die Pflegekasse, die die Kosten für die Maßnahme übernommen hat, informiert die andere Pflegekasse über die durchgeführte Maßnahme und die Höhe des Zuschusses.

(2) Sind zeitgleich durchgeführte Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes mehreren Pflegebedürftigen jeweils individuell zuzuordnen, kann der Zuschuss nach § 40 Abs. 4 SGB XI mehrmals gezahlt werden (z. B. Türverbreiterungen für einen Rollstuhlfahrer und Handläufe für einen Gehbehinderten). Entsprechend der Zuschussfestsetzung ist auch die Bemessung des Eigenanteils dann für jeden Pflegebedürftigen individuell vorzunehmen.

6. Zuständigkeitsabgrenzung zu anderen Leistungsträgern

6.1 Allgemeines

Die Pflegekassen können subsidiär (nachrangig) Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gewähren. D. h., Leistungen der Pflegekassen kommen nur dann in Betracht, wenn kein anderer Leistungsträger vorrangig verpflichtet ist.

6.2 Vorrangige Leistungszuständigkeit der Pflegekasse

(1) Im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe für behinderte Menschen wird nach § 54 Abs. 1 SGB XII Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des behinderten Menschen entspricht, gewährt. Dies gilt auch für die Altenhilfe im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XII. Beschädigte und Hinterbliebene erhalten im Rahmen der Kriegsopferfürsorge (vgl. §§ 25 ff. BVG) unter den Voraussetzungen des § 27c BVG Wohnungshilfe.

(2) Diesen fürsorgerischen, von einer Bedürftigkeitsprüfung abhängigen Sozialleistungen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung vor. Der Anspruch auf diese Leistungen bleibt von den Leistungen der Pflegekasse jedoch unberührt, soweit die Leistungen der Pflegekasse den Bedarf im Einzelfall nicht abdecken (vgl. Ziffer 3 zu § 13 SGB XI). Die Pflegekasse hat in diesen Fällen die Pflegebedürftigen auf die ggf. bestehenden weitergehenden Ansprüche nach dem SGB XII bzw. BVG hinzuweisen und entsprechende Anträge durch Weiterleitung der vorhandenen Unterlagen (z. B. Stellungnahme des MDK, Kostenvoranschläge, Bescheinigung über den Zuschuss der Pflegekasse) an die zuständigen Leistungsträger zu unterstützen.

6.3 Vorrangige Leistungszuständigkeit anderer Träger

(1) Die für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger (z. B. Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit) übernehmen vorrangig unter den trägerspezifischen Voraussetzungen nach § 33 Abs. 3 Nr. 1 und 6 i. V. m. Abs. 8 Satz 1 Nr. 6 SGB IX auch Kosten der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

(2) Darüber hinaus gewährt die Unfallversicherung nach § 39 Abs. 1 Nr. 2, § 41 SGB VII vorrangig Wohnungshilfe, wenn sie wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls erforderlich wird.

(3) Die Integrationsämter können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben Geldleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des schwerbehinderten Menschen entspricht, gewähren (vgl. § 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d SGB IX). Darüber hinaus können sie im Rahmen der nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben Leistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung gewähren (vgl. § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d i. V. m. § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung – SchwbAV). Diese Leistungen gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor, so dass grundsätzlich bei berufstätigen Pflegebedürftigen, die schwerbehindert im Sinne von § 2 SGB IX (Grad der Behinderung von wenigstens 50 v. H.) sind, Zuschüsse zu Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen durch die Pflegekassen nicht in Betracht kommen.

7. Verfahren

7.1 Antragstellung

(1) Zuschüsse zu Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung sollten vor Beginn der Maßnahme mit einem Kostenvoranschlag bei der Pflegekasse beantragt werden (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, § 19 Satz 1 SGB IV).

(2) Der MDK hat in dem im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit anzufertigenden Gutachten (vgl. Ziffer G "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI" der Begutachtungs-Richtlinien) Empfehlungen an die Pflegekasse über die notwendige Versorgung mit technischen Pflegehilfsmitteln und baulichen Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes auszusprechen (vgl. Ziffer D/6.3 der Begutachtungs-Richtlinien). Die Empfehlung gilt als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte nichts Gegenteiliges erklärt. Dies gilt auch, wenn im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wohnumfeldverbessernde Maßnahmen angeregt werden.

7.2 Beratung

(1) Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen hinsichtlich der Bezuschussung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zu beraten (vgl. § 7 Abs. 2 SGB XI; zu dem weitergehenden Anspruch auf Pflegeberatung vgl. Ziffer 4 zu § 7a SGB XI). Diese Beratung umfasst neben den allgemeinen Leistungsvoraussetzungen auch die individuelle Beratung über in Frage kommende Maßnahmen (als Orientierungshilfe dient der Katalog möglicher Maßnahmen in Ziffer 8). Werden mit dieser Beratung externe Stellen beauftragt, handelt es sich um Beratungskosten im Sinne des § 7 Abs. 4 SGB XI.

(2) Bei der Beratung über die in Frage kommenden Maßnahmen steht die Zielsetzung im Vordergrund, den Wohnraum so anzupassen, dass er den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen gerecht wird.

Dabei ist vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (vgl. § 29 SGB XI) und der begrenzten Zuschussmöglichkeit – auch im Interesse der Pflegebedürftigen – zu prüfen, ob anstelle von Baumaßnahmen oder der beantragten Maßnahmen einfachere Lösungen in Betracht kommen.

(3) Die Beratung ist abzugrenzen von den Durchführungshandlungen in Bezug auf die konkrete Maßnahme. Durchführungshandlungen in diesem Sinne sind z. B. die Beratung zu Angeboten von Handwerkern bis zum Vertragsabschluss, die technische Beratung durch Architekten (z. B. das Erstellen eines Gutachtens über mögliche bauliche Maßnahmen z. B. in Bezug auf die Statik), die Beantragung von Eigentümergenehmigungen sowie anderer notwendiger Zustimmungen (Eigentümerversammlung, Straßenverkehrsamt, das Stellen von Bauanträgen oder die Bauüberwachung), die Nachschau der durchgeführten Maßnahme und die Durchsicht der Rechnungen. Solche Vorbereitungs- und Durchführungshandlungen sind nicht Gegenstand des Anspruchs auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Aufwendungen für diese Handlungen werden ggf. als Kosten der Maßnahme bei der Festsetzung des Zuschusses berücksichtigt (siehe Ziffer 5.4 Abs. 1). Beauftragt der Pflegebedürftige für die Planung, Durchführung oder Überwachung der Maßnahme externe Stellen, sind diese Kosten als Teil der Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zu werten und bei der Bemessung des Zuschusses zu berücksichtigen.

7.3 Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme

Die Pflegekasse überprüft – ggf. in Zusammenarbeit mit einer beauftragten Pflegefachkraft oder dem MDK, die erforderlichenfalls andere Fachkräfte als externe Gutachter hinzuziehen (vgl. Ziffer 5.5 der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien) –, ob durch die beantragte Maßnahme im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden kann, sofern diese Prüfung nicht bereits im Rahmen der Beratung im Vorfeld des Leistungsantrags erfolgte (vgl. Ziffer 7.2). Stellt sich im Rahmen dieser Prüfung heraus, dass es eine einfachere und effektivere Lösung gibt, hat die Pflegekasse entsprechende Empfehlungen zu geben.

8. Katalog möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen

8.1. Allgemeines

Die Zuschussgewährung nach § 40 Abs. 4 SGB XI setzt voraus, dass die geplante Maßnahme die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Von diesen zuschussfähigen Maßnahmen sind reine Modernisierungsmaßnahmen oder Maßnahmen, mit denen eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung erreicht wird, abzugrenzen, wenn diese nicht in direktem Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit stehen.

So ist z. B. der Einbau eines nicht vorhandenen Bades grundsätzlich eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung; ist der pflegebedürftige Bewohner jedoch nicht mehr in der Lage, die bisherige Waschmöglichkeit (z. B. das Etagenbad) zu benutzen und kann durch den Einbau des Bades verhindert werden, dass der Pflegebedürftige seine Wohnung aufgeben muss, handelt es sich um eine Maßnahme i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI.

Insbesondere folgende Maßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI:

- Ausstattung der Wohnung mit einem Telefon, einem Kühlschrank, einer Waschmaschine,
- Verbesserung der Wärmedämmung und des Schallschutzes,
- Reparatur schadhafter Treppenstufen,
- Brandschutzmaßnahmen,
- Herstellung einer funktionsfähigen Beleuchtung im Eingangsbereich/Treppenhaus,
- Rollstuhlgarage,
- Errichtung eines überdachten Sitzplatzes,
- elektrischer Antrieb einer Markise,
- Austausch der Heizungsanlage, Warmwasseraufbereitung,
- Schönheitsreparaturen (Anstreichen, Tapezieren von Wänden und Decken, Ersetzen von Oberbelägen),
- Beseitigung von Feuchtigkeitsschäden,
- allgemeine Modernisierungsmaßnahmen.

In dem folgenden Katalog sind mögliche Maßnahmen aufgelistet, deren Leistungsvoraussetzungen nach den o. g. Grundsätzen in jedem Einzelfall zu überprüfen sind.

8.2. Maßnahmen außerhalb der Wohnung/Eingangsbereich

Um eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen zu gewährleisten, kommen insbesondere folgende Maßnahmen im Treppenhaus/Eingangsbereich in Betracht:

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Aufzug	Einbau eines Personenaufzuges in einem eigenen Haus Anpassung an die Bedürfnisse eines Rollstuhlfahrers: Ebenerdiger Zugang, Vergrößerung der Türen, Schalterleiste in Greifhöhe Installation von Haltestangen, Schaffung von Sitzplätzen
Briefkasten	Absenkung des Briefkastens auf Greifhöhe (z. B. bei Rollstuhlfahrern)
Orientierungshilfen	Schaffung von Orientierungshilfen für Sehbehinderte, z. B. ertastbare Hinweise auf die jeweilige Etage
Treppe	Installation von gut zu umfassenden und ausreichend langen Handläufen auf beiden Seiten Verhinderung der Stolpergefahr durch farbige Stufenmarkierungen an den Vorderkanten Einbau von fest installierten Rampen und Treppenliftern

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Türen, Türanschlätze und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen Installation von Türen mit pneumatischem Türantrieb oder ähnlichem Einbau einer Gegensprechanlage

Weiter gehende Maßnahmen außerhalb des Eingangsbereichs/Treppenhauses, z. B. Schaffung eines behindertengerechten Parkplatzes, Markierung und Pflasterung der Zugangswege oder allgemeine Verkehrssicherungsmaßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI.

8.3. Maßnahmen innerhalb der Wohnung

8.3.1 Mögliche Maßnahmen im gesamten Wohnungsbereich

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Bewegungsfläche	Umbaumaßnahmen zur Schaffung ausreichender Bewegungsfläche, z. B. durch Installation der Waschmaschine in der Küche anstatt im Bad (Aufwendungen für Verlegung der Wasser- und Stromanschlüsse)
Bodenbelag	Beseitigung von Stolperquellen, Rutsch- und Sturzgefahren
Heizung	Installation von z. B. elektrischen Heizgeräten anstelle von Öl-, Gas-, Kohle- oder Holzöfen (wenn dadurch der Hilfebedarf bei der Beschaffung von Heizmaterial kompensiert wird)
Lichtschalter/Steckdosen/Heizungsventile	Installation der Lichtschalter/Steckdosen/ Heizungsventile in Greifhöhe Ertastbare Heizungsventile für Sehbehinderte
Reorganisation der Wohnung	Anpassung der Wohnungsaufteilung (ggf. geplant für jüngere Bewohner, Ehepaare) auf veränderte Anforderungen (alt, allein, gebrechlich) durch Umnutzung von Räumen Stockwerktausch (insbesondere in Einfamilienhäusern ist häufig das Bad und das Schlafzimmer in oberen Etagen eingerichtet)

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Türen, Türanschläge und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen, z. B. auch zum Balkon Veränderung der Türanschläge, wenn sich dadurch der Zugang zu einzelnen Wohnungsbereichen erleichtern oder die Bewegungsfläche vergrößern lässt Einbau von Sicherheitstüren zur Vermeidung einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung bei desorientierten Personen Bei einer bereits installierten Türöffnungs- und -schließungsanlage eine Absenkung der Anlage in Greifhöhe bzw. behinderungsgerechte Anpassung

Türen, Türanschlüge und Schwellen	Absenkung eines Türspions
Fenster	Absenkung der Fenstergriffe Anbringung von elektrisch betriebenen Rollläden, sofern der Pflegebedürftige zur Linderung seiner Beschwerden ständig auf einen kühlen Raum angewiesen ist und eine Unterbringung nur in diesem Raum erfolgen kann

8.3.2 Spezielle Maßnahmen in besonderen Wohnbereichen

Küche

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Armaturen	Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Belag

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Kücheneinrichtung	Veränderung der Höhe von z. B. Herd, Kühlschrank, Arbeitsplatte, Spüle als Sitzarbeitsplätze Schaffung einer mit dem Rollstuhl unterfahrbaren Kücheneinrichtung Absenkung von Küchenoberschränken (ggf. maschinelle Absenkvorrichtung) Schaffung von herausfahrbaren Unterschränken (ggf. durch Einhängkörbe)

Bad und WC

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Einbau eines fehlenden Bades/WC	Umgestaltung der Wohnung und Einbau eines nicht vorhandenen Bades/WC

Anpassung eines vorhandenen Bades/WC:	
Armaturen	<p>Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause</p> <p>Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann</p>
Badewanne	Badewanneneinstiegshilfen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind
Bodenbelag	<p>Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag</p> <p>Schaffung rutschhemmender Bodenbeläge in der Dusche</p>
Duschplatz	<p>Einbau einer Dusche, wenn der Einstieg in eine Badewanne auch mit Hilfsmitteln nicht mehr ohne fremde Hilfe möglich ist</p> <p>Herstellung eines bodengleichen Zugangs zur Dusche</p>
Einrichtungsgegenstände	Anpassung der Höhe

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Toilette	Anpassung der Sitzhöhe des Klosettbeckens durch Einbau eines Sockels
Waschtisch	Anpassung der Höhe des Waschtisches (ggf. Einbau eines höhenverstellbaren Waschtisches) zur Benutzung im Sitzen bzw. im Rollstuhl

Die Fliesen, z. B. bei der Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche, sind auch als Kosten bei der Maßnahme mit zu berücksichtigen. Hierbei sind die Kosten der Fliesen nicht auf den Bereich der Dusche gesondert zu berechnen, wenn ggf. das gesamte Bad mit neuen Fliesen ausgestattet wird.

Schlafzimmer

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Bettzugang	Umbaumaßnahmen zur Schaffung eines freien Zugangs zum Bett

Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag
Lichtschalter/Steckdosen	Installation von Lichtschaltern und Steckdosen, die vom Bett aus zu erreichen sind

Tagespflege und Nachtpflege **§ 41 SGB XI**

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

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

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,*
- b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,*
- c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,*

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu

- a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,*
- b) 1040 Euro ab 1. Januar 2010,*
- c) 1100 Euro ab 1. Januar 2012,*

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu

- a) 1470 Euro ab 1. Juli 2008,*
- b) 1510 Euro ab 1. Januar 2010,*
- c) 1550 Euro ab 1. Januar 2012.*

(3) Pflegebedürftige können nach näherer Bestimmung der Absätze 4 bis 6 die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegesachleistung nach ihrer Wahl miteinander kombinieren.

(4) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Sachleistungen nach § 36 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindert sich der Sachleistungsanspruch nach § 36 Abs. 3 und 4 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(5) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Pflegegeld nach § 37 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Aufwendungen für die Leistung nach Absatz 2 je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für

die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich der Pflegegeldanspruch nach § 37 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(6) Wird die Leistung nach Absatz 2 zusammen mit der Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38) in Anspruch genommen, bleibt die Leistung nach Absatz 2 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigt. Ansonsten findet § 38 Satz 2 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen ist und der Restgeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der Tagespflege ergeben würde.

1. Allgemeines

Kann die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, besteht ein zeitlich nicht begrenzter Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (§§ 71 Abs. 2, 72 SGB XI). Dies gilt insbesondere in den Fällen

- einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit,
- der Ermöglichung einer (Teil-)Erwerbstätigkeit für die Pflegeperson,
- einer beabsichtigten teilweisen Entlastung der Pflegeperson,
- einer nur für einige Stunden am Tag oder in der Nacht notwendigen ständigen Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen.

Insoweit soll die Tages- und Nachtpflege die Leistungen der häuslichen Pflege ergänzen und diese dauerhaft sichern. Die Leistungen kommen insbesondere für Pflegebedürftige in Betracht, die aufgrund körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen außerstande sind, während der Abwesenheit ihrer Pflegeperson(en) allein in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben, ansonsten jedoch zu Hause versorgt werden. Mit der Möglichkeit ergänzend zur häuslichen Pflege die Tages- und Nachtpflege in Anspruch zu nehmen, wird die Pflegebereitschaft und die Pflegetätigkeit im häuslichen Bereich erhalten und gefördert, sowie – entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationär – vollstationäre Pflege vermieden.

2. Leistungsinhalt

Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen in der anerkannten Pflegestufe zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten.

Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.

Zu diesen allgemeinen Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall folgende Hilfen:

- Hilfen bei der Körperpflege,
- Hilfen bei der Ernährung,
- Hilfen bei der Mobilität,
- Hilfen im Rahmen der sozialen Betreuung und
- medizinische Behandlungspflege.

3. Leistungsumfang

3.1 Allgemeines

Der Gesamtwert der von der Pflegekasse zu erbringenden Leistung beträgt im Kalendermonat

- bei der Pflegestufe I:
 - a) bis zu 420 EUR ab 1. Juli 2008,
 - b) bis zu 440 EUR ab 1. Januar 2010,
 - c) bis zu 450 EUR ab 1. Januar 2012,
- bei der Pflegestufe II:
 - a) bis zu 980 EUR ab 1. Juli 2008,
 - b) bis zu 1.040 EUR ab 1. Januar 2010,
 - c) bis zu 1.100 EUR ab 1. Januar 2012 und
- bei der Pflegestufe III:
 - a) bis zu 1.470 EUR ab 1. Juli 2008,
 - b) bis zu 1.510 EUR ab 1. Januar 2010,
 - c) bis zu 1.550 EUR ab 1. Januar 2012.

Pflegebedürftige, die zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 45a SGB XI zählen, können Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege entstehen auch als zusätzliche Betreuungsleistungen beanspruchen (vgl. Ziffer 2 zu § 45b SGB XI).

Sofern die Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen eine sog. "Abwesenheitsvergütung" aufgrund der bestehenden vertraglichen Regelungen berechnen, ist diese bei der Leistungsgewährung bis zu den in § 41 SGB XI genannten Beträgen zu berücksichtigen.

Fahrkosten werden nicht gesondert erstattet; sie sind Bestandteil der mit den teilstationären Pflegeeinrichtungen vereinbarten Pflegesätze.

In der Regel werden neben der Tages- und Nachtpflege

- die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI,
- das Pflegegeld nach § 37 SGB XI,
- eine Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld nach § 38 SGB XI

in Anspruch genommen.

In Fällen der Kombination von Tages- und Nachtpflege mit Pflegesachleistungen erfüllt die Pflegekasse nach dem Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege zunächst die Forderung des ambulanten Pflegedienstes (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI).

3.2 Kombination der Pflegesachleistungen mit Tages- und Nachtpflege

Werden neben der Tages- und Nachtpflege nur Pflegesachleistungen in Anspruch genommen, darf der Gesamtanspruch je Kalendermonat das 1,5-fache der in § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbeträge der jeweiligen Pflegestufe nicht übersteigen. Der Anspruch auf Pflegesachleistungen bleibt dabei in voller Höhe erhalten, soweit Leistungen der Tages- und Nachtpflege im Umfang von bis zu 50 v. H. der Leistungshöchstbeträge nach § 41 Abs. 2 SGB XI in Anspruch genommen werden. Wird Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. der Leistungshöchstbeträge nach § 41 Abs. 2 SGB XI in Anspruch genommen, wird der Sachleistungsanspruch um den über 50 liegenden Vomhundertsatz gemindert. Eine Aufstockung des Sachleistungsanspruchs auf über 100 v. H. der Leistungshöchstbeträge nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI erfolgt hingegen bei Inanspruchnahme der Leistungen der Tages- und Nachtpflege im Umfang von weniger als 50 v. H. nicht. Dies gilt auch für den umgekehrten Fall der Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen unterhalb von 50 v. H. der in § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI vorgesehenen Höchstbeträge.

Beispiel 1

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2008

Sachleistungsanspruch	bis zu	1.470,00 EUR
in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege (= 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 41 Abs. 2 SGB XI)		735,00 EUR

Der Sachleistungsanspruch wird nicht gemindert, da Tages- und Nachtpflege im Umfang von bis zu 50 v. H. in Anspruch genommen wird.

Beispiel 2

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2008

Sachleistungsanspruch	bis zu	1.029,00 EUR
in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege (= 80 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 41 Abs. 2 SGB XI)		1.176,00 EUR

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 80 v. H.) in Anspruch genommen wird, ist der Sachleistungsanspruch um den über 50 liegenden Vomhundertsatz ($80 - 50 = 30$) zu mindern. Der Sachleistungsanspruch beträgt demnach bis zu 70 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI (70 v. H. von 1.470 EUR).

Da § 41 SGB XI zwar einerseits für die Tages- und Nachtpflege keinen erhöhten Leistungsanspruch bei Vorliegen eines Härtefalles vorsieht, jedoch andererseits bei Kombinationsfällen mit der Pflegesachleistung auf den erhöhten Sachleistungsanspruch nach § 36 Abs. 4 SGB XI abstellt, würde sich die Anwendung der Regelung des § 41 Abs. 4 Satz 2 SGB XI bei Härtefällen ggf. nachteilig für die Versicherten auswirken. Vor diesem Hintergrund ist es im Hinblick auf die gesetzgeberische Intention der Förderung der Tagespflege vertretbar, insoweit nur auf die Regelung des § 41 Abs. 4 Satz 1 SGB XI abzustellen.

D. h., sofern der jeweilige Höchstanspruch auf die Tages- und Nachtpflege von 1.470 EUR und auf die (Härtefall-) Sachleistungen von 1.918 EUR nicht überschritten wird, können die Leistungen bis zum Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 2.877 EUR flexibel miteinander kombiniert werden.

Beispiel 3

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2008, für den die Härtefallregelung nach § 36 Abs. 4 SGB XI Anwendung findet

Sachleistungsanspruch bis zu 1.848,00 EUR

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 1.029 EUR

(= 70 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 41 Abs. 2 SGB XI)

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 70 v. H.) in Anspruch genommen wird, wäre der Sachleistungsanspruch nach der Regelung des § 41 Abs. 4 Satz 2 SGB XI um den über 50 liegenden Vomhundertsatz ($70 - 50 = 20$) zu mindern. Der Sachleistungsanspruch würde sich demnach auf bis zu 80 v. H. des für Härtefälle vorgesehenen Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI (80 v. H. von 1.918 EUR) belaufen (= 1.534,40 EUR). Der nach § 41 Abs. 4 Satz 1 SGB XI vorgesehene Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 2.877 EUR (150 v. H. von 1.918 EUR) könnte demnach nicht ausgeschöpft werden. In diesen Fällen wird deshalb nur auf § 41 Abs. 4 Satz 1 SGB XI mit der Folge abgestellt, dass in diesem Beispiel für Sachleistungen bis zu 1.848 EUR zur Verfügung stehen ($2.877 \text{ EUR} - 1.029 \text{ EUR} = 1.848 \text{ EUR}$).

Beispiel 4

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2008, für den die Härtefallregelung nach § 36 Abs. 4 SGB XI Anwendung findet

Sachleistungsanspruch bis zu 1.627,50 EUR

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 1.249,50 EUR
(= 85 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 41 Abs. 2 SGB XI)

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 85 v. H.) in Anspruch genommen wird, wäre der Sachleistungsanspruch nach der Regelung des § 41 Abs. 4 Satz 2 SGB XI um den über 50 liegenden Vomhundertsatz ($85 - 50 = 35$) zu mindern. Der Sachleistungsanspruch würde sich demnach auf bis zu 65 v. H. des für Härtefälle vorgesehenen Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI (65 v. H. von 1.918 EUR) belaufen (= 1.246,70 EUR). Der nach § 41 Abs. 4 Satz 1 SGB XI vorgesehene Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 2.877 EUR (150 v. H. von 1.918 EUR) könnte demnach nicht ausgeschöpft werden. In diesen Fällen wird deshalb nur auf § 41 Abs. 4 Satz 1 SGB XI mit der Folge abgestellt, dass in diesem Beispiel für Sachleistungen bis zu 1.627,50 EUR zur Verfügung stehen ($2.877 \text{ EUR} - 1.249,50 \text{ EUR} = 1.627,50 \text{ EUR}$).

Der sich aus der Anwendung von § 41 Abs. 4 Satz 1 SGB XI ergebende höhere Leistungsanspruch ($1.627,50 \text{ EUR} - 1.246,70 \text{ EUR} = 380,80 \text{ EUR}$) könnte auch für den weiteren Einkauf von Tages- und Nachtpflegeleistungen bis zu dem Höchstanspruch auf Tages- und Nachtpflege von 1.470 EUR verwendet werden.

Beispiel 5

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2008

Sachleistungsanspruch bis zu 1.470,00 EUR

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 514,50 EUR
(= 35 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 41 Abs. 2 SGB XI)

Es bleibt bei dem auf den Höchstbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI begrenzten Sachleistungsanspruch. Eine Aufstockung des Anspruchs um nicht in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege bis zu 50 v. H. erfolgt nicht.

Beispiel 3

Tages- und Nachtpflege und Pflegegeld bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2008, für den die Härtefallregelung nach § 36 Abs. 4 SGB XI Anwendung findet

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 1.342,60 EUR
(= 70 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI)

Pflegegeld 540,00 EUR

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 70 v. H.) in Anspruch genommen wird, ist das Pflegegeld um den über 50 liegenden Vomhundertsatz ($70 - 50 = 20$) zu mindern. Das Pflegegeld beträgt demnach 540 EUR (80 v. H. von 675 EUR).

Das Abstellen auf den Sachleistungshöchstbetrag für Härtefälle führt demnach zu einem prozentual höheren Anspruch auf anteiliges Pflegegeld. Ein über den Höchstbetrag nach § 41 Abs. 2 SGB XI hinausgehender Anspruch auf Tages- und Nachtpflege bzw. über den Leistungsbetrag nach § 37 Abs. 1 SGB XI hinausgehender Anspruch auf Pflegegeld besteht hingegen auch in Härtefällen nicht.

Beispiel 4

Tages- und Nachtpflege und Pflegegeld bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2008

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 514,50 EUR
(= 35 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)

Pflegegeld 675,00 EUR

Es bleibt bei dem Pflegegeldhöchstbetrag nach § 37 Abs. 1 SGB XI. Eine Aufstockung des Anspruchs um nicht in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege bis zu 50 v. H. erfolgt nicht.

3.4 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Kombinationsleistung

Sofern Tages- und Nachtpflege in Kombination mit Sach- und Geldleistungen in Anspruch genommen wird, bleibt der Anspruch auf die Kombinationsleistung bei einer Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege bis zu 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI ungeschmälert bestehen. Bei einer Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI ist bei der Berechnung des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 Satz 2 SGB XI von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI auszugehen. Darüber hinaus ist das anteilige Pflegegeld auf den Betrag begrenzt, der sich ohne Inanspruchnahme der Tagespflege ergeben würde, um Pflegebedürftige, die keine Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen gegenüber Pflegebedürftigen mit geringem Tages- und Nachtpflegeanteil nicht zu benachteiligen.

Beispiel 1

Tages- und Nachtpflege und Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II im September 2008

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege (30 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)	294,00 EUR
in Anspruch genommene Pflegesachleistung (60 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)	588,00 EUR
anteiliges Pflegegeld	168,00 EUR

Die Tages- und Nachtpflege übersteigt den Wert von bis zu 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI nicht. Von daher ergeben sich auf die Berechnung der Kombinationsleistung keine Auswirkungen. Das anteilige Pflegegeld beträgt somit 40 v. H. des nach § 37 Abs. 1 SGB XI maßgebenden Betrages (40 v. H. von 420 EUR).

Der Gesamtanspruch auf Pflegesachleistung und Pflegegeld bleibt damit insgesamt auf den Betrag begrenzt, der sich ohne Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege ergeben würde. Eine Aufstockung der Kombinationsleistung – um die an 150 v. H. fehlenden 20 v. H. – erfolgt nicht. Gleichwohl könnte der Pflegebedürftige die Leistung der Tages- und Nachtpflege von 30 auf 50 v. H. erhöhen, ohne dass sich dies auf die Kombinationsleistung auswirken würde.

Beispiel 2

Tages- und Nachtpflege und Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2008

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege (60 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)	882,00 EUR
in Anspruch genommene Pflegesachleistung (50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)	735,00 EUR
anteiliges Pflegegeld	270,00 EUR

Die Tages- und Nachtpflege übersteigt den Wert von 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI. Sie schmälert damit den Anspruch im Rahmen der Kombinationsleistung. Für die Tages- und Nachtpflege sowie die Pflegesachleistung wurden insgesamt 110 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Im Hinblick auf den Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 v. H. kann ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 40 v. H. des nach § 37 Abs. 1 SGB XI maßgebenden Betrages (40 v. H. von 675 EUR) gezahlt werden.

Beispiel 3

Tages- und Nachtpflege und Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2008, für den die Härtefallregelung nach § 36 Abs. 4 SGB XI Anwendung findet

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege (60 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI)	1.150,80 EUR
in Anspruch genommene Pflegesachleistung (50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI)	959,00 EUR
anteiliges Pflegegeld	180,02 EUR

Die Tages- und Nachtpflege übersteigt den Wert von 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI. Sie schmälert damit den Anspruch im Rahmen der Kombinationsleistung. Für die Tages- und Nachtpflege sowie die Pflegesachleistung (1.150,80 EUR + 959,00 EUR = 2.109,80 EUR) wurden insgesamt 73,33 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 41 Abs. 6 Satz 2 SGB XI in Höhe von 2.877 EUR in Anspruch genommen. Somit kann ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 26,67 v. H. des nach § 37 Abs. 1 SGB XI maßgebenden Betrages (26,67 v. H. von 675 EUR = 180,02 EUR) gezahlt werden.

Die 6-Monats-Bindung nach § 38 Satz 3 SGB XI ist hier nicht anzuwenden, zumal der Umfang der Inanspruchnahme der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI und der Tages- und Nachtpflege von den individuellen und situativen Gegebenheiten der Pflegesituation abhängig ist.

Kurzzeitpflege **§ 42 SGB XI**

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

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

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, 1.510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 im Kalenderjahr.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

1. Allgemeines

(1) In Fällen, in denen weder häusliche Pflege (§§ 36 bis 39 SGB XI), noch teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) möglich ist, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf (stationäre) Kurzzeitpflege. Dieser Anspruch besteht auch dann, wenn bereits bei Aufnahme in die Kurzzeitpflegeeinrichtung feststeht, dass im Anschluss an die Kurzzeitpflege eine vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) in einer Pflegeeinrichtung erfolgen soll. Der Pflegebedürftige wird für einen begrenzten Zeitraum in eine vollstationäre Einrichtung im Sinne der §§ 71 Abs. 2, 72 SGB XI aufgenommen und dort gepflegt. In Betracht kommt die Kurzzeitpflege

- für eine Übergangszeit direkt nach einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung oder wenn die Kurzzeitpflege innerhalb eines vertretbaren Zeitraumes – analog der Anschlussrehabilitation – nach der Entlassung aus der stationären Behandlung durchgeführt wird. Insbesondere kann dies erforderlich sein, wenn etwa für die häusliche Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen noch Umbaumaßnahmen erforderlich sind oder die Pflegeperson die Pflege noch nicht sofort übernehmen kann,

- für Zeiten der Krankheit, des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson, die nicht mit Leistungen nach § 39 SGB XI überbrückt werden können, oder in Krisenzeiten, z. B. bei völligem Ausfall der bisherigen Pflegeperson oder kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

(2) Insbesondere, wenn Pflegebedürftigkeit noch nicht festgestellt wurde, kann es bei dem Übergang aus einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung zu Problemen kommen. Eine zügige Begutachtung durch den MDK im Krankenhaus bzw. der stationären Rehabilitationseinrichtung ist für einen reibungslosen Übergang unumgänglich. Von daher ist die Begutachtung durch den MDK unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags des Versicherten bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn der Versicherte sich in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet. In regionalen Vereinbarungen kann diese Frist verkürzt werden (vgl. Ziffer 2 zu § 18 SGB XI). Zudem ist eine verbindliche Rahmenempfehlung auf der Grundlage des § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V erforderlich, die den nahtlosen Übergang aus dem Krankenhaus in den häuslichen, teilstationären (einschl. Kurzzeitpflege) und vollstationären Pflegebereich regelt.

2. Kurzzeitpflege für Kinder

(1) Sofern für pflegebedürftige Kinder keine geeigneten Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorhanden sind, kann die Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden. Dieser weitergehende Anspruch besteht für pflegebedürftige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die zu Hause gepflegt werden. Die Öffnung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege für Kinder im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes sollte nicht dazu führen, den Aufenthalt von behinderten Kindern in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen jeweils für vier Wochen je Kalenderjahr durch die Pflegeversicherung zu finanzieren, indem bei dort wohnenden Kindern vier Wochen im Jahr als Kurzzeitpflege deklariert werden können. Eine finanzielle Entlastung anderer Finanzierungsträger war mit dieser gesetzlichen Regelung explizit nicht beabsichtigt. Von daher gelten die erweiterten Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nicht für Kinder, die in Einrichtungen wohnen und ggf. in den Ferien oder an den Wochenenden für die „Kurzzeitpflege“ in der Einrichtung bleiben (insoweit gilt die gleiche Regelung wie für erwachsene Pflegebedürftige, vgl. Ziffer 4.3).

(2) Einrichtungen sind für die Kurzzeitpflege von Kindern geeignet, wenn sie aufgrund der räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind, die vollstationäre Pflege und Betreuung für die Dauer der Kurzzeitpflege – ggf. auch unter Einbeziehung externer Unterstützung, etwa durch einen ambulanten Pflegedienst – sicher zu stellen. Dies wird regelmäßig bei entsprechenden Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und bei Einrichtungen, die mit einem anderen Sozialleistungsträger eine entsprechende Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben, zu unterstellen sein. Darüber hinaus ist die Eignung der Einrichtung im Einzelfall zu prüfen.

3. Leistungsinhalt

Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen in der anerkannten Pflegestufe zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung von Aktivitäten. Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.

Zu diesen allgemeinen Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall folgende Hilfen:

- Hilfen bei der Körperpflege,
- Hilfen bei der Ernährung,
- Hilfen bei der Mobilität,
- Hilfen im Rahmen der sozialen Betreuung und
- medizinische Behandlungspflege.

4. Leistungsumfang

4.1 Allgemeines

(1) Der Anspruch auf die Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt, wobei die Aufwendungen der Pflegekasse hierfür 1.470,00 EUR **im Kalenderjahr** nicht übersteigen dürfen. Auf die Dauer dieses Leistungsanspruchs wird die Zeit der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI nicht angerechnet (vgl. Ziffer 1 Abs. 2 zu § 39 SGB XI). Ferner entsteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege mit jedem Kalenderjahr neu. Hieraus folgt, dass ein

- am 31.12. eines Jahres bestehender oder an diesem Tag – wegen Ablaufs der 4-Wochen-Frist – endender,
- vor dem 31.12. eines Jahres abgelaufener

Leistungsanspruch nach § 42 SGB XI – bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – ab 1.1. des Folgejahres für vier Wochen weiter besteht oder wiederauflebt. Wird eine Sachleistung durch Kurzzeitpflege unterbrochen, können im Monat der Aufnahme und der Entlassung jeweils Sachleistungen bis zur jeweiligen Wertgrenze im Sinne des § 36 SGB XI in Anspruch genommen werden.

Bei Empfängern von Pflegegeld tritt an die Stelle des Pflegegeldes die Kurzzeitpflege. Für den Aufnahme- und Entlassungstag wird Pflegegeld gezahlt (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI). Dies gilt auch bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege in mehreren Teilzeiträumen, da jeweils am ersten und letzten Tag die Voraussetzungen für die Pflegegeldzahlung als erfüllt anzusehen sind.

(2) Versicherte, die zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach § 45a SGB XI zählen, können Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege entstehen auch als zusätzliche Betreuungsleistungen beanspruchen (vgl. Ziffer 2 zu § 45b SGB XI).

(3) Einige Kurzzeitpflegeeinrichtungen haben mit den Pflegekassen eine sog. "Abwesenheitsvergütung" (§§ 75 Abs. 2 Nr. 5, 87a Abs. 1 Sätze 5 und 6 SGB XI) vertraglich vereinbart. Die Pflegekassen erkennen entsprechende Regelungen an und erbringen die Leistungen bis zu dem in § 42 SGB XI genannten Betrag. Die Höhe der sog. "Abwesenheitsvergütung" ist auch aus dem zwischen dem Pflegebedürftigen und der Kurzzeitpflegeeinrichtung geschlossenen Vertrag zu entnehmen.

(4) Sofern die Kurzzeitpflege für Kinder nicht in zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen sondern in anderen geeigneten Einrichtungen durchgeführt wird (vgl. Ziffer 2) und in dem von der Einrichtung berechneten Entgelt Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen (zum Leistungsinhalt der Kurzzeitpflege vgl. Ziffer 3) enthalten aber nicht gesondert ausgewiesen sind, sind grundsätzlich 60 v. H. des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen können davon abweichende pauschale Abschläge vorgenommen werden.

(5) Fahrkosten werden nicht erstattet.

(6) Die Pflegekasse zahlt den dem Pflegebedürftigen zustehenden Leistungsbetrag mit befreiender Wirkung unmittelbar an die Kurzzeitpflegeeinrichtung. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Die Ermittlung der Höhe des für den Pflegebedürftigen zu zahlenden Leistungsbetrages macht eine konkrete Angabe der Entgelthöhe notwendig. Die Angaben sollten zweckmäßigerweise durch Rechnung getroffen werden, soweit die Partner des Versorgungsvertrages keine abweichenden Regelungen getroffen haben.

4.2 Übergangsfälle im Jahr 2008

Im Hinblick auf den bis zum 30.06.2008 geltenden Leistungshöchstbetrag von 1.432 EUR ist in Bezug auf den maßgebenden individuellen Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen im Jahr 2008 auf den Zeitpunkt der Kurzzeitpflege abzustellen. D. h., für Fälle der Kurzzeitpflege bis zum 30.06.2008 gilt der Leistungshöchstbetrag von 1.432 EUR. Ist dieser Leistungsrahmen ausgeschöpft, besteht – das Vorliegen der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen vorausgesetzt – im 2. Halbjahr 2008 noch ein Anspruch auf Kurzzeitpflege bis zu 38 EUR (Differenz zum erhöhten Leistungsanspruch seit 01.07.2008).

Eine Anwendung des höheren Leistungsanspruchs auf Kurzzeitpflegefälle vor dem 01.07.2008 ist nicht zulässig. In durchgehenden Fällen der Kurzzeitpflege über den 30.06.2008 hinaus wird für den gesamten Leistungsfall der ab 01.07.2008 geltende Leistungshöchstbetrag von 1.470 EUR zugrunde gelegt. Eine tageweise Aufteilung der Kurzzeitpflege erfolgt nicht.

4.3 Kurzzeitpflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI

Ist bei Pflegebedürftigen, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden und die Leistungen nach § 43a SGB XI und der häuslichen Pflege (§ 36 oder § 37 SGB XI) erhalten, im häuslichen Bereich die Pflege (z. B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, können die Leistungen nach § 42 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Eine Anrechnung auf die Leistungen nach § 43a SGB XI ist nicht vorzunehmen. Sofern für den Pflegebedürftigen in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sicher gestellt wird, kann eine Leistungsgewährung nach § 42 SGB XI nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 43a SGB XI abgegolten.

4.4 Ausschöpfung des Leistungsanspruchs

Die Kurzzeitpflege und die Ersatzpflege nach § 39 SGB XI sind jeweils unabhängige Leistungsansprüche. Beide Leistungen können daher im unmittelbaren Anschluss nacheinander in Anspruch genommen werden, soweit die jeweiligen Voraussetzungen der §§ 42 und 39 SGB XI gegeben sind.

Sofern der Leistungsrahmen der Kurzzeitpflege entweder in der Höhe oder von den Kalendertagen ausgeschöpft ist, stehen dem Pflegebedürftigen bereits ab diesem Zeitpunkt für den weiteren – kurzzeitigen – Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung die Leistungen der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI zu (vgl. Ziffer 3.6 Abs. 2 zu § 39 SGB XI). In diesen Fällen beschränkt sich der Leistungsanspruch der Ersatzpflege auf die pflegebedingten Aufwendungen. Investitionskosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder für Zusatzleistungen sowie die medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung dürfen hier jedoch nicht übernommen werden (vgl. Ziffer 3.1 zu § 39 SGB XI).

Bei Ausschöpfung des Leistungsrahmens der Kurzzeitpflege können bei Vorliegen der Voraussetzungen auch die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI zur Verfügung gestellt werden, wenn die Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI zur vollstationären Pflege zugelassen ist.

Ist die Pflegeeinrichtung nicht nach § 72 SGB XI zur vollstationären Pflege zugelassen, kommt – ggf. nach der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI – aufgrund der insoweit sichergestellten Pflege die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI in Betracht.

4.5 Wechsel von der Kurzzeitpflege zur vollstationären Pflege

Bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig von der Pflegestufe, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Leistungsanspruch von bis zu 1.470 EUR (ab 1. Januar 2010 bis zu 1.510 EUR, ab 1. Januar 2012 bis zu 1.550 EUR), soweit dieser Betrag bzw. der in § 42 Abs. 2 SGB XI genannte Zeitraum im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde. Für den Verlegungstag von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung darf nur die vollstationäre Pflegeeinrichtung ein Heimentgelt berechnen (§ 87a Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger der Stufe II zieht am 11.07.2008 von der Kurzzeitpflegeeinrichtung in die vollstationäre Pflegeeinrichtung. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung betragen 59,67 EUR, das tägliche Heimentgelt der vollstationären Pflegeeinrichtung beträgt 68,69 EUR.

Berechnung des Entgeltes der Kurzzeitpflegeeinrichtung:

vom 01.07. bis 10.07.2008 = 10 Berechnungstage x 59,67 EUR = 596,70 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Entgelt für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 596,70 EUR den Höchstbetrag von 1.470,00 EUR nicht überschreitet, kann der Betrag von 596,70 EUR an die Kurzzeitpflegeeinrichtung gezahlt werden.

Berechnung des Heimentgeltes der vollstationären Pflegeeinrichtung:

vom 11.07 bis 31.07 2008 = 21 Berechnungstage x 68,69 EUR = 1.442,49 EUR davon 75 v. H. = 1.081,87 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Heimentgelt in Höhe von 1.081,87 EUR den monatlichen Pauschbetrag von 1.279,00 EUR nicht übersteigt, kann der Betrag von 1.081,87 EUR an die vollstationäre Pflegeeinrichtung zur Auszahlung gelangen.

5. Zusammentreffen von Leistungen der Kurzzeitpflege, der vollstationären Pflege mit Zuschüssen zur stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Stationäre Hospize sind selbständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung zu erbringen.

Mit stationären Hospizen können Versorgungsverträge als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 1 SGB XI geschlossen werden, wenn die Voraussetzungen des § 71 SGB XI erfüllt sind, das Hospiz einen Versorgungsauftrag wünscht und das Einvernehmen nach § 72 Abs. 2 SGB XI hergestellt wird.

Versicherte, die in ihrer letzten Lebensphase zur palliativ-medizinischen Versorgung in ein stationäres Hospiz aufgenommen werden, haben bei Vorliegen der Voraussetzungen Anspruch auf einen Zuschuss nach § 39a Abs. 1 SGB V gegenüber ihrer Krankenkasse. Nach § 39a Abs. 1 Satz 3 SGB V sind diese Zuschüsse allerdings nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Sozialleistungsträger. Leistungen anderer Sozialleistungsträger sind insbesondere die Leistungen nach dem SGB XI. Ausgehend von der Zielsetzung, dass Versicherte, die in einem stationären Hospiz aufgenommen werden, einer Krankenhausbehandlung nicht mehr bedürfen bzw. eine Versorgung im Haushalt oder in der Familie kurzfristig nicht realisierbar ist, handelt es sich bei einem Aufenthalt in einem Hospiz – auch wenn das Hospiz als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen ist – immer um eine vorübergehende Maßnahme. Dies ist vergleichbar mit der Zielsetzung der Kurzzeitpflege. Sofern die leistungsrechtlichen Voraussetzungen der §§ 42 und 43 SGB XI sowie des § 39a Abs. 1 SGB V vorliegen, sind bei Hospizaufhalten vorrangig die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Pflege auszuschöpfen. Etwaige Restbeträge sind durch den Zuschuss nach § 39a Abs. 1 SGB V abzudecken.

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger mit der Pflegestufe II befindet sich vom 01.08. bis 28.09.2008 in einem Hospiz

Tagesbezogener Bedarfssatz des Hospizes	194,25 EUR	
./. Eigenleistung des Hospizes für Erwachsene (10 v. H.)		<u>19,43 EUR</u>
= allgemeine Vergütungsklasse		174,82 EUR

Das Hospiz ist zugleich als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen. Der Pflegesatz in der Pflegeklasse II beträgt

+ Unterkunft und Verpflegung	133,15 EUR	
+ Investitionskosten	16,51 EUR	
= Heimentgelt		<u>25,16 EUR</u>
		174,82 EUR

Die Krankenkasse zahlt einen satzungsgemäßen Zuschuss nach § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V in Höhe von 149,10 EUR (Stand: 01.01.2008)

Zeitraum vom 01.08. bis 31.08.2008

Rechnung des Hospizes in Höhe von (31 Tage x 174,82 EUR)	5.419,42 EUR
---	--------------

Leistung der Pflegekasse nach § 42 SGB XI (vom 01.08. bis 12.08. = 12 Tage x 133,15 EUR =	
--	--

1.597,80 EUR)	1.470,00 EUR
Leistung der Pflegekasse nach § 43 SGB XI (vom 13.08. bis 31.08. = 19 Tage x 174,82 EUR = 3.321,58 EUR davon 75 v. H. = 2.491,19EUR)	<u>1.279,00 EUR</u>
Gesamtleistung der Pflegekasse	2.749,00 EUR
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V (31 Tage x 149,10 EUR = 4.622,10 EUR)	2.670,42 EUR
Zeitraum vom 01.09. bis 28.09.2008	
Rechnung des Hospizes in Höhe von (28 Tage x 174,82 EUR)	4.894,96 EUR
Leistung der Pflegekasse nach § 43 SGB XI (vom 01.09. bis 28.09. = 28 Tage x 174,82 EUR = 4.894,96 EUR davon 75 v. H. = 3.671,22 EUR)	1.279,00 EUR
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V (28 Tage x 149,10 EUR = 4.174,80 EUR)	3.615,96 EUR
Durch das Zusammentreffen der drei Leistungsarten hat der Pflegebedürftige keinen Eigenanteil zu tragen.	

Vollstationäre Pflege/Inhalt der Leistung § 43 SGB XI

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

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

- 1 für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1.023 Euro,*
- 2 für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1.279 Euro,*
- 3 für Pflegebedürftige der Pflegestufe III*
 - a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,*
 - b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,*
 - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012,*
- 4 für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind,*
 - a) 1.750 Euro ab 1. Juli 2008,*
 - b) 1.825 Euro ab 1. Januar 2010,*
 - c) 1.918 Euro ab 1. Januar 2012.*

Der von der Pflegekasse einschließlich einer Dynamisierung nach § 30 zu übernehmende Betrag darf 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal in Höhe des nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 geltenden Betrages übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als fünf vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.

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

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

Berechnung und Zahlung des Heimentgelts § 87a SGB XI

(1) Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Zieht ein Pflegebedürftiger in ein anderes Heim um, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen. Von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflegeheim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig. Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufhalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen.

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

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

(4) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 1.536 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst. Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs

Monaten in eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit eingestuft wird.

1. Allgemeines

(1) Der Anspruch auf vollstationäre Pflege ist zunächst davon abhängig, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Vollstationäre Pflege kann nach den konkretisierenden Aussagen in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (vgl. Ziffer 4.4) insbesondere erforderlich sein bei

- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen,
- räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen, und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) nicht verbessert werden können.

Bei Schwerstpflegebedürftigen kann die Erforderlichkeit von vollstationärer Pflege wegen Art, Häufigkeit und zeitlichem Umfang des Pflegebedarfs unterstellt werden.

(2) Die aufgezeigten Kriterien machen deutlich, dass es individuell von den Betroffenen abhängt, ob die Notwendigkeit der Pflege in vollstationären Einrichtungen gegeben ist. Dies entspricht auch dem in § 2 SGB XI garantierten Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen. Als Leistung ist bei einer nicht erforderlichen vollstationären Pflege (§ 43 Abs. 4 SGB XI) ein Zuschuss zu den pflegebedingten Aufwendungen bis zur Höhe der in § 36 Abs. 3 Nr. 1 und 2 SGB XI für die jeweilige Pflegestufe genannten Höchstbeträge vorgesehen. Bei der Pflegestufe III wird von der Erforderlichkeit der vollstationären Pflege ausgegangen. Somit kann in diesen Fällen die Leistung nach § 43 Abs. 2 Nr. 3 und 4 SGB XI zur Verfügung gestellt werden.

2. Leistungsinhalt/Leistungshöhe

(1) Die Pflegekassen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung in pauschalierter Form.

Es gelten folgende Pauschbeträge:

- Pflegestufe I monatlich 1.023,00 EUR,
- Pflegestufe II monatlich 1.279,00 EUR,
- Pflegestufe III monatlich
 - a) 1.470,00 EUR ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.510,00 EUR ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.550,00 EUR ab 1. Januar 2012,
- Härtefälle monatlich
 - a) 1.750,00 EUR ab 1. Juli 2008,
 - b) 1.825,00 EUR ab 1. Januar 2010,
 - c) 1.918,00 EUR ab 1. Januar 2012.

Für Versicherte, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, besteht unbenommen der im Rahmen der stationären Pflege zu erbringenden medizinischen Behandlungspflege ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Hierbei handelt es sich um eine besondere, eng begrenzte Personengruppe mit besonders hohem Versorgungsbedarf in der medizinischen Betreuung. Weitere Hinweise enthält das Gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 09.03.2007 (zur Definition des „besonders hohen Bedarfs“ an medizinischer Behandlungspflege siehe Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V).

(2) Die o. a. Pauschbeträge können allerdings nur dann unvermindert zur Auszahlung gelangen, wenn sie 75 v. H. des jeweils für den Pflegebedürftigen vereinbarten Heimentgelts nicht übersteigen.

Der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag darf mithin 75 v. H. des Heimentgelts bzw. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI nicht überschreiten (Kappung).

Die Kappung ist vorzunehmen

- in der Pflegestufe I bei Heimentgelten unter 1.364,00 EUR
(1.023,00 EUR x 100 : 75)
- in der Pflegestufe II bei Heimentgelten unter 1.705,33 EUR
(1.279,00 EUR x 100 : 75)

- in der Pflegestufe III bei Heimentgelten unter 1.960,00 EUR ab 01.07.2008
(1.470,00 EUR x 100 : 75)
2.013,33 EUR ab 01.01.2010
2.066,66 EUR ab 01.01.2012

Die Kappung greift nur bei Heimentgelten, die unterhalb dieser Grenzbeträge liegen.

Beispiel

Das Heimentgelt eines Pflegebedürftigen in der Pflegestufe II beträgt 1.600,00 EUR; davon 75 v. H. = 1.200,00 EUR. Der für die Pflegestufe II festgelegte Betrag von 1.279,00 EUR wird um 79,00 EUR gekürzt.

Die Berechnung der monatlich zu zahlenden Leistungsbeträge in Abgleichung mit der 75 v. H.-Regelung erfordert eine einheitliche Verfahrensweise.

In den Vergütungsvereinbarungen mit den stationären Pflegeeinrichtungen werden tagesgleiche Pflegesätze vereinbart und auf dieser Basis die monatlichen Zahlbeträge anhand tatsächlicher Kalendertage je Monat ermittelt. Aus verwaltungsökonomischen Gründen bestehen keine Bedenken, ein vereinfachtes Verfahren auf regionaler Ebene zu vereinbaren, durch das eine kontinuierliche Zahlung je Kalendermonat in gleicher Höhe sichergestellt wird. Dabei wird nicht von der tatsächlichen Zahl der Kalendertage im Monat ausgegangen, sondern die jahresdurchschnittliche Zahl der Kalendertage je Monat ($365 : 12 = 30,42$) zugrunde gelegt. Mit diesem Durchschnittswert ist das tägliche Heimentgelt zu multiplizieren, um die für die Berechnung der 75 v. H. maßgebliche Größe – bei vollen Kalendermonaten – zu erhalten.

3. Härtefallregelung

(1) Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege über den Betrag von 1.470 EUR (ab 1. Januar 2010 1.510 EUR, ab 1. Januar 2012 1.550 EUR) hinaus in Höhe von 1.750 EUR (ab 1. Januar 2010 1.825 EUR, ab 1. Januar 2012 1.918 EUR) monatlich übernehmen. Voraussetzung ist, dass ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, und der Pflegebedürftige zur Deckung des Pflegebedarfs zusätzliche Kosten aufbringen muss.

Das kann der Fall sein, wenn sich die vollstationäre Pflegeeinrichtung konzeptionell auf einen Personenkreis mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand spezialisiert hat (z. B. auf Wachkomapatienten) und einen Pflegesatz der Pflegekasse III berechnet, der den damit verbundenen personellen Mehraufwand von vornherein einkalkuliert und deutlich über den Pflegesätzen der Pflegeklasse III liegt, die in nicht spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen erhoben werden. Dies gilt auch für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine wirtschaftlich getrennt geführte, selbständige Abteilung für Schwerstpflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand und eigenständigem Pflegesatz eingerichtet haben, der über dem außerhalb dieser Abteilung berechneten Satz der Pflegestufe III liegt.

(2) Zur einheitlichen Anwendung gelten die Härtefall-Richtlinien (vgl. Anlage 3). Sie lassen einen Ermessensspielraum der einzelnen Pflegekasse nicht zu.

(3) Nach § 43 Abs. 3 SGB XI darf die Ausnahmeregelung für nicht mehr als 5 v. H. aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. Die Überwachung der Quote erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf Bundesebene. Für die Pflegekasse sind für die Feststellung eines Härtefalles ausschließlich die Härtefall-Richtlinien maßgebend.

4. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen

Es besteht die Möglichkeit, Leistungen der vollstationären Pflege mit ambulanten Pflegeleistungen zu kombinieren und unter Berücksichtigung des für die häusliche Pflege geltenden Budgets nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI in Anspruch zu nehmen. Dies dürfte allerdings relativ selten vorkommen, da die Leistungen insgesamt den Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 SGB XI der jeweiligen Pflegestufe nicht übersteigen dürfen.

Beispiel

Pflegestufe III

Vermindertes Heimentgelt (75 v. H.) wegen Wochenend-
pflege im häuslichen Bereich vom 01.08. bis 31.08.2008 (unter
Berücksichtigung der Regelungen für Abwesenheitszeiten) = 859,14 EUR

Ergebnis:

Bei Inanspruchnahme

a) der Sachleistung:
Restanspruch (1.470,00 EUR – 859,14 EUR) = 610,86 EUR

b) des Pflegegeldes:
Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom
08.08. bis 10.08. und vom 22.08. bis 24.08. = 6 Tage

Pflegegeld (675,00 EUR x 6 : 30) = 135,00 EUR

5. Wechsel zwischen ambulanter Pflege, teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege

(1) Bei einem Wechsel zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege im Laufe des Monats besteht für die Zeit der häuslichen Pflege Anspruch auf die volle Sachleistung, d. h. Leistungen der häuslichen Pflege können bis zu den in § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI festgelegten Höchstgrenzen – der einzelnen Pflegestufe – ausgeschöpft werden. Gleiches gilt auch für die teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI. Bei Zahlung von Pflegegeld ist nach § 37 Abs. 2 SGB XI anteiliges Pflegegeld für die tatsächlichen Tage der häuslichen Pflege (einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag) zu zahlen.

Bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig von der Pflegestufe, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Leistungsanspruch von bis zu 1.470 EUR (ab 1. Januar 2010 bis zu 1.510 EUR, ab 1. Januar 2012 bis zu 1.550 EUR), soweit dieser Betrag bzw. der in § 42 Abs. 2 SGB XI genannte Zeitraum im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde. Darüber hinaus kommt für die Zeiten des Monats, die nicht durch Kurzzeitpflege bzw. vollstationäre Pflege belegt sind, ggf. die Zahlung der Sachleistung bis zu den in § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI festgelegten Höchstgrenzen bzw. das anteilige Pflegegeld in Betracht.

(2) Für die Zeit der vollstationären Pflege besteht grundsätzlich Anspruch auf den Pauschbetrag, maximal jedoch 75 v. H. des Heimentgelts für den Teilmonat. Für den Verlegungstag von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung darf nur die vollstationäre Pflegeeinrichtung ein Heimentgelt berechnen (§ 43 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger der Stufe III zieht am 20.08.2008 von der Kurzzeitpflegeeinrichtung in die vollstationäre Pflegeeinrichtung. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung betragen 64,68 EUR, das tägliche Heimentgelt der vollstationären Pflegeeinrichtung beträgt 92,49 EUR.

Berechnung des Entgeltes der Kurzzeitpflegeeinrichtung:

vom 01.08. bis 19.08. = 19 Berechnungstage x 64,68 EUR = 1.228,92 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Entgelt für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.228,92 EUR den Höchstbetrag von 1.470 EUR nicht überschreitet, kann der Betrag von 1.228,92 EUR an die Kurzzeitpflegeeinrichtung gezahlt werden.

Berechnung des Heimentgeltes der vollstationären Pflegeeinrichtung:

vom 20.08. bis 31.08. = 12 Berechnungstage x 92,49 EUR = 1.109,88 EUR davon 75 v. H. = 832,41 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Heimentgelt in Höhe von 832,41 EUR den monatlichen Pauschbetrag von 1.470 EUR nicht übersteigt, kann der Betrag von 832,41 EUR an die vollstationäre Pflegeeinrichtung zur Auszahlung gelangen.

Zur Kombination der Leistungen bei vollstationärer Pflege (§ 43 SGB XI), bei Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und Hospizversorgung (§ 39a Abs. 1 SGB V) vgl. Ziffer 5 zu § 42 SGB XI.

6. Leistungserbringung

Die Pflegekasse zahlt den dem pflegebedürftigen Heimbewohner zustehenden Leistungsbetrag mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Der von der Pflegekasse zu zahlende Leistungsbetrag wird zum 15. des laufenden Monats fällig.

Die Leistungsvorschriften machen zur Ermittlung der Höhe des für den jeweiligen pflegebedürftigen Heimbewohner zu zahlenden Leistungsbetrages eine konkrete Angabe der Entgelthöhe je nach zu berücksichtigender Vergütungsform notwendig. Die Angaben sollten zweckmäßigerweise durch Rechnungen erfolgen, soweit die Partner des Versorgungsvertrages keine abweichenden Regelungen getroffen haben. Aus der Fälligkeit der zu zahlenden Leistungsbeträge zum 15. eines jeden Monats für den laufenden Monat ergibt sich die Notwendigkeit, Änderungen in der Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages – etwa infolge von zeitweiser Abwesenheit bzw. bei Tod des Pflegebedürftigen – im Folgemonat zu korrigieren.

7. Berechnung der anteiligen Leistungsbeträge bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen im laufenden Monat

Bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen besteht im laufenden Monat grundsätzlich ein Anspruch auf den Pauschbetrag, max. jedoch 75 v. H. des Heimentgelts, für den Teilmonat. Die Zahlungspflicht der Heimbewohner und der Pflegekasse endet mit dem Tag, an dem der Pflegebedürftige aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt (§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Das tägliche Heimentgelt wird mit den tatsächlichen Tagen des Anspruchszeitraumes multipliziert und auf 75 v. H. begrenzt. Liegt dieses Heimentgelt unter dem Pauschbetrag der jeweiligen Pflegestufe, ist eine Begrenzung auf das anteilige Heimentgelt vorzunehmen. Im umgekehrten Fall ist der Pauschbetrag zu zahlen.

Beispiel 1

Ein Pflegebedürftiger der Stufe III wird am 05.08.2008 in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen. Das tägliche Heimentgelt beträgt 84,72 EUR.

Berechnung des Heimentgelts:

vom 05.08. bis 31.08. = 27 Tage x 84,72 EUR = 2.287,44 EUR davon 75 v. H. = 1.715,58 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Heimentgelt in Höhe von 1.715,58 EUR den Pauschbetrag in Höhe von 1.470,00 EUR übersteigt, ist die Leistungshöhe auf den Pauschbetrag in Höhe von 1.470,00 EUR zu begrenzen.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger der Stufe III verstirbt am 05.08.2008. Das tägliche Heimentgelt beträgt 62,23 EUR.

Berechnung des Heimentgelts:

vom 01.08. bis 05.08. = 5 Tage x 62,23 EUR = 311,15 EUR davon 75 v. H. = 233,36 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Heimentgelt in Höhe von 233,36 EUR den Pauschbetrag von 1.470,00 EUR nicht übersteigt, kann der Betrag von 233,36 EUR zur Auszahlung gelangen.

8. Zahlungsweise bei Pflegebedürftigen, die aus einer vollstationären Pflegeeinrichtung im laufenden Monat in eine andere Pflegeeinrichtung umziehen

In Fällen, in denen Pflegebedürftige im Laufe des Monats die (bisherige) vollstationäre Pflegeeinrichtung wechseln, wird der – bisherigen – Pflegeeinrichtung der Pauschbetrag – begrenzt auf 75 v. H. des Heimentgelts – zur Verfügung gestellt. An die neue Pflegeeinrichtung kann ggf. noch der verbleibende Betrag des noch nicht ausgeschöpften Budgets gezahlt werden. Allerdings darf nur die aufnehmende Pflegeeinrichtung das Heimentgelt für den Verlegungstag berechnen (§ 43 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Beispiel 1

Ein Pflegebedürftiger der Stufe III zieht am 14.07.2008 von der Pflegeeinrichtung A in die Pflegeeinrichtung B. Das tägliche Heimentgelt der Pflegeeinrichtung A beträgt 91,09 EUR, das der Pflegeeinrichtung B 84,77 EUR.

Berechnung des Heimentgelts der Pflegeeinrichtung A:

vom 01.07. bis 13.07. = 13 Berechnungstage x 91,09 EUR = 1.184,17 EUR davon 75 v. H. = 888,13 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Heimentgelt in Höhe von 888,13 EUR den monatlichen Pauschbetrag von 1.470,00 EUR nicht übersteigt, kann der Betrag von 888,13 EUR an die Pflegeeinrichtung A gezahlt werden.

Berechnung des Heimentgelts der Pflegeeinrichtung B:

vom 14.07. bis 31.07. = 18 Berechnungstage x 84,77 EUR = 1.525,86 EUR davon 75 v. H.
= 1.144,40 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Heimentgelt in Höhe von 1.144,40 EUR den Betrag des noch nicht ausgeschöpften Budgets von 581,87 EUR (1.470,00 EUR - 888,13 EUR = 581,87 EUR) übersteigt, ist die Zahlung an die Pflegeeinrichtung B auf das noch nicht ausgeschöpfte Budget des Pauschbetrages von 581,87 EUR zu begrenzen.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger der Stufe III zieht am 28.07.2008 von der Pflegeeinrichtung A in die Pflegeeinrichtung B. Das tägliche Heimentgelt der Pflegeeinrichtung A beträgt 91,09 EUR, das der Pflegeeinrichtung B 84,77 EUR.

Berechnung des Heimentgelts der Pflegeeinrichtung A:

vom 01.07. bis 27.07. = 27 Berechnungstage x 91,09 EUR = 2.459,43 EUR davon 75 v. H.
= 1.844,57 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Heimentgelt in Höhe von 1.844,57 EUR den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.470,00 EUR übersteigt, ist die Leistungshöhe auf den monatlichen Pauschbetrag von 1.470,00 EUR zu begrenzen. An die Pflegeeinrichtung B kann somit keine Zahlung mehr erfolgen.

9. Abwesenheitszeiten

Ein Pflegeplatz ist bei vorübergehender Abwesenheit eines Pflegebedürftigen für einen Zeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr freizuhalten. Der Abwesenheitszeitraum verlängert sich über die 42 Tage hinaus bei vollstationärer Krankenhausbehandlung und bei Aufhalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte. Für diesen Zeitraum besteht Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI.

Während der ersten drei Abwesenheitstage hat das Pflegeheim Anspruch auf die volle Pflegevergütung. Für Abwesenheitszeiten von mehr als drei Tagen sind in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI Abschläge von mindestens 25 v. H. der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI (integrierte Versorgung) vorzusehen.

Diese vertraglichen Regelungen finden bei der Ermittlung des Heimentgelts Berücksichtigung.

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger der Stufe II wird am 10.07.2008 aus einer vollstationären Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus aufgenommen; die Rückverlegung erfolgt am 24.07.2008. Das tägliche Heimentgelt beträgt 68,56 EUR. Während vorübergehender Abwesenheit wird ein reduziertes Heimentgelt in Höhe von 50,16 EUR berechnet.

vom 01.07. bis 10.07. = 10 Tage x 68,56 EUR	=	685,60 EUR
vom 11.07. bis 13.07. = 3 Tage x 68,56	=	205,68 EUR
vom 14.07. bis 23.07. = 10 Tage x 50,16 EUR	=	501,60 EUR
vom 24.07. bis 31.07. = 8 Tage x 68,56 EUR	=	<u>548,48 EUR</u>
	=	1.941,36 EUR
davon 75 v. H.	=	1.456,02 EUR

Da das Heimentgelt in Höhe von 1.456,02 EUR den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.470,00 EUR nicht übersteigt, beträgt die Leistungshöhe 1.456,02 EUR.

10. Wechsel der Pflegestufe im laufenden Monat

Erhöht sich der Pflegebedarf eines Pflegebedürftigen und wird aufgrund eines Höherstufungsantrages oder einer Wiederholungsbegutachtung im laufenden Monat eine höhere Pflegestufe zuerkannt, ist für den Leistungsbeginn § 48 SGB X zu beachten (vgl. Ziffer 2.2 zu § 33 SGB XI). Fällt der Leistungsbeginn der höheren Pflegestufe nicht auf den ersten eines Monats, ist aus pragmatischen Gründen der höhere Pauschbetrag vom Beginn des jeweiligen Kalendermonats zu zahlen.

Beispiel:

Pflegebedürftiger in Pflegestufe I

Antrag auf Höherstufung am	28.09.2008
Begutachtung durch den MDK am	05.11.2008
Pflegestufe II liegt bereits vor ab	08.08.2008

Berechnung des Heimentgeltes für den Monat August 2008

Heimentgelt vom 01.08. bis 07.08.

Pflegestufe I täglich 54,56 EUR 381,92 EUR

Heimentgelt vom 08.08. bis 31.08.

Pflegestufe II täglich 66,38 EUR 1.593,12 EUR

1.975,04 EUR

75 v. H. des Heimentgeltes

1.481,28 EUR

Berechnung des Heimentgeltes für den Monat September 2008

Heimentgelt vom 01.09. bis 30.09.

Pflegestufe II täglich 66,38 EUR 1.991,40 EUR

75 v. H. des Heimentgeltes

1.493,55 EUR

Ergebnis:

Die Pflegeeinrichtung hat erst ab dem 08.08.2008 einen Anspruch auf die höhere Vergütung. Da das zu berücksichtigende Heimentgelt (75 v. H.) in Höhe von 1.481,28 EUR den monatlichen Pauschbetrag (der Pflegestufe II) in Höhe von 1.279 EUR übersteigt, ist die Zahlung auf den Pauschbetrag zu begrenzen. Im Monat Februar ist die Zahlung auch auf den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.279 EUR zu begrenzen.

11. Berechnung des Heimentgeltes bei Aufforderung der Pflegeeinrichtung, einen Höherstufungsantrag zu stellen

Erhöht sich der Pflegebedarf des Pflegebedürftigen, sollte der Pflegebedürftige einen Antrag auf eine höhere Pflegestufe stellen, da die Pflegeeinrichtung Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung hat, die dem Pflegeaufwand des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit entspricht. Dies hat in aller Regel eine höhere Belastung für den Pflegebedürftigen zur Folge, da die Leistungsbeträge der höheren Pflegestufe den mit der höheren Pflegeklasse verbundenen finanziellen Mehraufwand (Pflegesatz) nicht abdecken. Von den Pflegebedürftigen wird mit Blick auf die sich daraus ergebenden finanziellen Konsequenzen oftmals die Beibehaltung der bisherigen (niedrigeren) Pflegestufe gewünscht und die damit verbundene Pflegeklasse.

Aus diesem Grunde kann die Pflegeeinrichtung den Pflegebedürftigen schriftlich auffordern, bei seiner Pflegekasse einen entsprechenden Antrag zu stellen. Die Pflegeeinrichtung hat allerdings – ggf. anhand der Pflegedokumentation – gegenüber dem Pflegebedürftigen zu begründen, aus welchen Tatsachen heraus ein höherer Pflegeaufwand besteht. Die Aufforderung zur Stellung eines Antrages auf Höherstufung ist auch der Pflegekasse und ggf. dem zuständigen Träger der Sozialhilfe, sofern der Pflegebedürftige Leistungen des Trägers der Sozialhilfe erhält, zuzuleiten. Weigert sich der Pflegebedürftige einen Antrag auf Höherstufung bei seiner Pflegekasse zu stellen, kann die Pflegeeinrichtung dem Pflegebedürftigen oder dem Kostenträger (Träger der Sozialhilfe) ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach der nächst höheren Pflegeklasse berechnen. Diese Regelung hält allerdings an dem Selbstbestimmungsrecht hinsichtlich der Antragstellung des Pflegebedürftigen fest. D. h. bei fortbestehender Verweigerung des Pflegebedürftigen, kann die Pflegekasse nur auf der Grundlage des aktuellen Leistungsbescheides die Leistungen gewähren (vgl. auch § 43 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Insofern kommt als o. g. Kostenträger nicht die Pflegekasse in Betracht.

Beispiel 1

Aufforderung zu einem Höherstufungsantrag am 27. 01.

Der Pflegebedürftige weigert sich, den Antrag zu stellen.

Die Pflegeeinrichtung kann die nächst höhere Pflegeklasse in Rechnung stellen ab 28.02.

Stellt der Pflegebedürftige, nach Aufforderung durch die Pflegeeinrichtung, einen Höherstufungsantrag, ist der MDK einzuschalten. Werden die Voraussetzungen für eine höhere Pflegestufe durch den MDK nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse auf der Grundlage des Gutachtens des MDK eine Höherstufung ab, hat die Pflegeeinrichtung dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen. Der Rückzahlungsbetrag ist mit wenigstens 5 v. H. zu verzinsen.

Beispiel 2

Erhebung des höheren Heimentgelts durch die Pflegeeinrichtung vom 28.02. bis 30.4.

Erhöhter Betrag insgesamt 1.145,00 EUR

Begutachtung durch den MDK, dass eine höhere Pflegestufe nicht vorliegt am 18.04.2002

Verzinsung (1.145,00 EUR : 365 Tage x 62 x 5 : 100)	9,72 EUR
Rückzahlungsbetrag insgesamt	1.154,72 EUR

Sofern die Voraussetzungen für eine höhere Pflegestufe vorliegen siehe Ziffer 10.

12. Leistungen in nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen

Begeben sich Pflegebedürftige in nicht zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen (nicht Einrichtungen i. S. des § 71 Abs. 4 SGB XI), können keine Leistungen der vollstationären Pflege erbracht werden. Wird allerdings die Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst erbracht, besteht Anspruch auf die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI). Dies gilt auch dann, wenn die stationäre Einrichtung selbst die Zulassung als ambulanter Pflegedienst erhalten hat und die Leistungen erbringt. Dem Pflegebedürftigen muss jedoch die Möglichkeit gegeben werden, von seinem Wahlrecht (§ 2 Abs. 2 SGB XI) Gebrauch machen zu können.

Im Übrigen besteht aufgrund der insoweit selbst sichergestellten Pflege ein Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI.

**Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für
behinderte Menschen/Inhalt der Leistung
§ 43a SGB XI**

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 256 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

1. Allgemeines und Leistungshöhe

Behinderte Menschen, die in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ganztägig (Tag und Nacht) untergebracht und gepflegt werden, wird zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege ein Pauschalbetrag gezahlt. Dieser beläuft sich auf 10 v. H. des Heimentgelts, welches der Träger der Sozialhilfe mit der Einrichtung vereinbart hat, maximal können allerdings lediglich 256,00 EUR monatlich gezahlt werden. Sofern die Betreuung durch Kooperation einzelner Träger (z. B. Wohnheim und Werkstatt für behinderte Menschen) erfolgt, ist von einem Gesamtheimentgelt auszugehen.

Zum Teil sind auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen tagesgleiche Pflegesätze vereinbart und auf dieser Basis werden die monatlichen Zahlbeträge anhand der tatsächlichen Kalendertage des jeweiligen Monats ermittelt. Für die Berechnung der 10 v. H.-Regelung würde dies bedeuten, dass eine entsprechende Berechnung für jeden Monat neu zu erfolgen hat. Aus verwaltungsökonomischen Gründen bestehen keine Bedenken ein vereinfachtes Verfahren auf regionaler Ebene zu vereinbaren, durch das eine kontinuierliche Zahlung in jeweils gleicher Höhe sichergestellt wird. Dabei wird nicht von der tatsächlichen Zahl der Kalendertage im Monat ausgegangen, sondern die jahresdurchschnittliche Zahl der Kalendertage je Monat ($365 : 12 = 30,42$) zugrunde gelegt. Mit diesem Durchschnittswert ist das tägliche Heimentgelt zu multiplizieren, um die für die Berechnung der 10 v. H. maßgebliche Größe – bei vollen Kalendermonaten – zu erhalten.

2. Anspruchsvoraussetzungen und Zahlungsweise

(1) Anspruchsvoraussetzung für die Zahlung des Pauschalbetrages ist die Feststellung des MDK, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind. Eine dezidierte Festlegung der einzelnen Pflegestufe ist daher nicht erforderlich. Zu den Einzelheiten siehe Ziffer 5 zu § 15 SGB XI.

(2) Der dem pflegebedürftigen Bewohner der Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen zustehende Leistungsbetrag ist von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an die Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen zu zahlen. Sofern auf Landesebene zwischen den Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI geschlossen wurden, wonach die Pflegekasse den Leistungsbetrag direkt an den Träger der Sozialhilfe zahlt, können diese entsprechend weiter angewendet werden.

(3) Hinsichtlich der Berechnung und Zahlungsweise der Leistungsbeträge bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen, bei Abwesenheitszeiten sowie bei einem Wechsel der vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen gelten die gleichen Grundsätze wie in der vollstationären Pflege (vgl. Ziffer 7 bis 9 zu § 87a SGB XI).

Beispiel 1

Ein Pflegebedürftiger der Stufe III wird am 14.01. in eine vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen aufgenommen. Das tägliche Heimentgelt beträgt 89,53 EUR.

Berechnung des Heimentgelts:

vom 14.01. bis 31.01. = 18 Tage x 89,53 EUR = 1.611,54 EUR davon 10 v. H. = 161,15 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da 10 v. H. des Heimentgelts in Höhe von 161,15 EUR den Pauschbetrag in Höhe von 256,00 EUR nicht übersteigt, kann der Betrag von 161,15 EUR zur Auszahlung gelangen.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger der Stufe I befindet sich jeweils von Freitagmittag bis Sonntagabend im häuslichen Bereich. Das tägliche Heimentgelt beträgt 62,15 EUR. Während vorübergehender Abwesenheit wird ein reduziertes tägliches Heimentgelt in Höhe von 50,00 EUR – jeweils nur für den Samstag und den Sonntag – berechnet. In diesem Beispiel wird der Monat April 2008 zugrunde gelegt. Grundlage für die Berechnung sind jeweils die tatsächlichen Tage der Anwesenheit bzw. Abwesenheit.

Berechnung des Heimentgelts:

22 Tage x 62,15 EUR	=	1.367,30 EUR
8 Tage x 50,00 EUR	=	<u>400,00 EUR</u>
		1.767,30 EUR
davon 10 v. H.	=	176,73 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da 10 v. H. des Heimentgelts in Höhe von 176,73 EUR den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 256,00 EUR nicht übersteigen, kann der Betrag von 176,73 EUR zur Auszahlung gelangen.

3. Zusammentreffen mit anderen Leistungen nach dem SGB XI**3.1 Kombination von ambulanten und stationären Leistungen nach § 43a SGB XI**

Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (Internatsunterbringung), für die zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege der Pauschbetrag nach § 43a SGB XI gezahlt wird, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie zur Verfügung gestellt werden. In diesen Fällen wird der Betrag nach § 43a SGB XI auf den Sachleistungshöchstanspruch nach § 36 Abs. 3 SGB XI in der jeweiligen Pflegestufe angerechnet.

Beispiel 1

Pflegestufe II

Pflege in häuslicher Umgebung im August 2008 jeweils von Freitagabend bis Sonntagabend und in den Ferien vom 22.08. bis 31.08..2008 = 19 Tage

Leistung nach § 43a SGB XI
(für die Zeit vom 22.08. bis 31.08. berechnet die Einrichtung ein reduziertes Heimentgelt – sog. "Abwesenheitsvergütung") = 170,00 EUR

Ergebnis:

Dem Pflegebedürftigen kann in Höhe von 810,00 EUR (980,00 EUR – 170,00 EUR) die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI zur Verfügung gestellt werden.

In diesen Fällen kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI für die tatsächlichen Pflagegetage in der Familie in Betracht kommen. Dabei zählen der An- und Abreisetag (z. B. häusliche Pflege ab Freitagabend) als volle Tage. Für die Berechnung des Pflegegeldes ist der maßgebende Pflegegeldhöchstbetrag für die jeweilige Pflegestufe zu berücksichtigen. Der für die Pflegestufe maßgebende Leistungsbetrag nach § 37 Abs. 1 SGB XI wird durch 30 dividiert und ist mit der Zahl der zu Hause verbrachten Pflagegetage zu multiplizieren. Das sich so ergebende anteilige Pflegegeld darf jedoch zusammen mit der Leistung nach § 43a SGB XI den für die jeweilige Pflegestufe festgelegten Sachleistungshöchstbetrag (§ 36 SGB XI) bei häuslicher Pflege nicht übersteigen.

Beispiel 2

Pflegestufe I

Pflege in häuslicher Umgebung im August 2008 jeweils von Freitagabend bis Montagmorgen	=	19 Tage
Pflegegeld (215,00 EUR x 19 : 30)	=	136,17 EUR
Leistung nach § 43a SGB XI	=	<u>236,00 EUR</u>
	=	372,17 EUR

Ergebnis:

Da der Betrag von 372,17 EUR unter dem Sachleistungshöchstbetrag von 420,00 EUR liegt, kann das Pflegegeld in Höhe von 136,17 EUR ausgezahlt werden.

Beispiel 3

Pflegestufe II

Pflege in häuslicher Umgebung im August 2008 jeweils von Freitagabend bis Sonntagabend und in den Ferien vom 22.08. bis 31.08.2008

= 19 Tage

Pflegegeld (420,00 EUR x 19 : 30)

= 266,00 EUR

Leistung nach § 43a SGB XI

(für die Zeit vom 22.08. bis 31.08. berechnet die Einrichtung ein reduziertes Heimentgelt – sog. "Abwesenheitsvergütung")

= 180,00 EUR

= 446,00 EUR

Ergebnis:

Da der Betrag von 446,00 EUR unter dem Sachleistungshöchstbetrag von 980,00 EUR liegt, kann das Pflegegeld in Höhe von 266,00 EUR ausgezahlt werden.

3.2 Ersatzpflege und Kurzzeitpflege bei der Gewährung der Leistungen nach § 43a SGB XI

Ist bei Pflegebedürftigen, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden und die Leistungen nach § 43a SGB XI und der häuslichen Pflege (§ 36 oder § 37 SGB XI) erhalten, im häuslichen Bereich die Pflege (z. B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, können die Leistungen nach § 39 SGB XI bzw. nach § 42 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Eine Anrechnung auf die Leistungen nach § 43a SGB XI ist nicht vorzunehmen. Sofern für den Pflegebedürftigen in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, kann eine Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI bzw. nach § 42 SGB XI nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 43a SGB XI abgegolten.

Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit § 44a SGB XI

(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 Pflege-Pflichtversicherung. 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; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a 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.

(2) Pflegenden Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

1. Allgemeines

Das Pflegezeitgesetz (vgl. Artikel 3 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) sieht für Beschäftigte im Rahmen der „kurzzeitigen Arbeitsverhinderung“ nach § 2 die Möglichkeit vor, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben und regelt zudem einen Anspruch auf Befreiung von der Arbeitsleistung für längstens sechs Monate als sog. Pflegezeit nach § 3.

Diese arbeitsrechtlichen Regelungen werden durch Leistungen der Pflegeversicherung flankiert, um durch die ergänzenden Versicherungsleistungen die Möglichkeiten, die das Pflegezeitgesetz für Beschäftigte eröffnet, sozial abzufedern, ohne die Pflegeversicherung finanziell zu überfordern. Vor diesem Hintergrund wird in § 44a geregelt, dass Beschäftig-

te, die von ihren Rechten nach dem Pflegezeitgesetz Gebrauch machen, bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen Zuschüsse zu Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung erhalten können. Einzelheiten hierzu sind der Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 12.06.2008 (Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge) unter folgendem Link zu entnehmen: www.vdak-aev.de/arbeitgeber/Informationen/pflegezeit/index.htm.

Zusätzlich wird im SGB III geregelt, dass die Pflegeversicherung für pflegende Angehörige während der Pflegezeit Beiträge zur Arbeitslosenversicherung entrichtet (Ausführungen hierzu enthält das Gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Spitzenverband Bund der Pflegekassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Bundesagentur für Arbeit vom 01.07.2008 zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen während der Pflegezeit in der Arbeitslosenversicherung unter folgendem Link: www.vdak-aev.de/arbeitgeber/Informationen/pflegezeit/index.htm).

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

§ 45 SGB XI

(1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege-tätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung der Pflegebedürftigen stattfinden.

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

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

1. Allgemeines

(1) Die Pflegekassen sollen für ehrenamtlich Pflegende, und zwar nicht nur für Pflegepersonen im engen Sinne des § 19 SGB XI, Kurse anbieten, um die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern. Unbeachtlich ist auch, ob ein bereits zu pflegender Versicherter (schon) die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 SGB XI erfüllt (vgl. Ziffer 1 Abs. 1 zu § 15 SGB XI) oder der Anspruch auf die Leistungen nach den §§ 36 bis 43a SGB XI ruht (vgl. Ziffer 2 Abs. 2 zu § 34 SGB XI). In diesen Kursen sollen Kenntnisse vermittelt oder vertieft werden, die zur Pflegetätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig oder hilfreich sind. Auch die Unterstützung bei seelischen und körperlichen Belastungen, der Abbau von Versagensängsten, der Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander, die Beratung über Pflegehilfsmittel, Rehabilitationsleistungen und die "Anwerbung" neuer ehrenamtlicher Pflegepersonen können Gegenstand der Kurse sein. Eine Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Dies kann z. B. der Fall sein für eine Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln oder für bestimmte Pflegetätigkeiten.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse selbst oder in Zusammenarbeit mit anderen Pflegekassen durchführen oder andere Einrichtungen, wie Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, Volkshochschulen, Nachbarschaftshilfegruppen oder Bildungsvereine, damit beauftragen, sofern diese hierfür geeignet sind.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen und die Verbände der Ersatzkassen können Rahmenvereinbarungen über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse mit den die Pflegekurse durchführenden Einrichtungen abschließen. Der Abschluss dieser Rahmenvereinbarungen sollte angestrebt werden, um die Angebote sowohl inhaltlich als auch organisatorisch zu koordinieren und ein möglichst breit gefächertes Spektrum flächendeckender Kurse zu erreichen.

2. Kostenfreiheit

(1) Die Teilnahme an den Pflegekursen ist für die Teilnehmer unentgeltlich. Dies gilt unabhängig davon, ob

- die Pflegekurse von der Pflegekasse selbst oder von einem beauftragten Dritten durchgeführt werden,
- eine Mitgliedschaft zur gesetzlichen Pflegeversicherung besteht.

(2) Die der Pflegekasse für die Pflegekurse entstehenden Aufwendungen dürfen nicht auf die Leistungen nach den §§ 36 bis 44 SGB XI angerechnet werden, und zwar selbst dann nicht, wenn eine Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen erfolgt.

**Leistungen für Versicherte mit erheblichem
allgemeinem Betreuungsbedarf und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
§ 45a SGB XI**

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

- 1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie*
- 2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht*

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

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

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrneh-

mung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

1. Allgemeines

Der Personenkreis der geronto-psychiatrisch veränderten, der geistig behinderten und psychisch kranken Menschen hat häufig einen Hilfe- und Betreuungsbedarf der über den Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens nach § 14 Abs. 4 SGB XI hinausgeht. Für diesen Personenkreis besteht in häuslicher Pflege ein – seit dem 01.07.2008 je nach Umfang des Betreuungsbedarfs gestaffelter – zusätzlicher Leistungsanspruch (vgl. § 45b SGB XI). Insbesondere werden für die pflegenden Angehörigen/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen zusätzliche Möglichkeiten zur Entlastung geschaffen und für die Pflegebedürftigen aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt.

2. Anspruchsberechtigter Personenkreis

Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit einem auf Dauer bestehenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (= erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) sowie Personen, die zwar in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, jedoch keinen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Entsprechend der Definition der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im SGB XI wird auch für die Bestimmung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nicht auf bestimmte Krankheitsbilder wie z. B. Demenz abgestellt sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der durch bestimmte Fähigkeitsstörungen ausgelöst wird, die zu Einschränkungen in der Alltagskompetenz führen. Der zeitliche Umfang dieses Bedarfs ist dabei unerheblich.

Grundlage für die Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz sind allein die im Gesetz genannten Kriterien:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;

6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der MDK bei dem Versicherten wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Die Alltagskompetenz ist in erhöhtem Maße eingeschränkt, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und **zusätzlich** bei mindestens einem weiteren Bereich aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt werden. Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden Kind maßgebend. Das Nähere ist den Begutachtungs-Richtlinien zu entnehmen. Entsprechend den Vorgaben bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit liegt ein erheblicher allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf auf Dauer vor, wenn dieser voraussichtlich für mindestens sechs Monate besteht. Ein erheblicher allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf auf Dauer ist auch gegeben, wenn die Schädigungen und Fähigkeitsstörungen nur deshalb nicht über sechs Monate hinausgehen, weil die zu erwartende Lebensspanne voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt (vgl. Ziffer 2 zu § 14 SGB XI).

3. Verfahren zur Feststellung

Die Pflegekasse hat bei Eingang des Leistungsantrags des Versicherten eine Prüfung durch den MDK zu veranlassen. Die Feststellung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung ist integraler Bestandteil der Begutachtung nach § 18 Abs. 1 SGB XI (vgl. § 18 SGB XI). D. h. der MDK hat bei den Erst- und Wiederholungsbegutachtungen festzustellen, ob und ggf. in welcher Stufung ein erheblicher allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht. In Ergänzung der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien haben die Spitzenverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe

der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene am 17.06.2008 die Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs aufgrund der §§ 45a Abs. 2, 45b Abs. 1 Satz 4 SGB XI beschlossen. Die Entscheidung über das Vorliegen eines erheblichen allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs ist von der Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK zu treffen.

Die vorgenannte Richtlinie sieht in einer Übergangsregelung bis zum 31.12.2009 erweiterte Entscheidungskompetenzen der Pflegekassen sowie erweiterte Möglichkeiten der Begutachtung nach Aktenlage durch den MDK vor, um einen unerwünschten Antragsstau bei In-Kraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes durch die Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises auf nicht pflegebedürftige Versicherte sowie durch die festzustellenden, gestaffelten Leistungsansprüche nach § 45b SGB XI (vgl. Ziffer 3 zu § 45b SGB XI bzw. Anlage 2, Ziffer 3) zu vermeiden. Die Regelungen im Einzelnen sind der Richtlinie zu entnehmen.

Zusätzliche Betreuungsleistungen § 45b SGB XI

(1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs auf Grund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45a Abs. 2 Nr. 1 bis 13 aufgeführten Bereichen für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

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

(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Betreuungsleistungen. Die Leistung nach Absatz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrighschwelligen Betreuungsangebote zu bestimmen.

1. Leistungsvoraussetzungen

Voraussetzung für die Gewährung zusätzlicher Betreuungsleistungen ist, dass ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Sinne des § 45a SGB XI vorliegt. Zusätzliche Betreuungsleistungen können demnach sowohl Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III als auch Versicherte beanspruchen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (sog. Pflegestufe-0-Fälle).

Zusätzliche Betreuungsleistungen sind bei pflegebedürftigen Personen im Sinne des SGB XI Bestandteil der häuslichen Pflege, d. h. sie ergänzen die Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege des Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung. Dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in dem der Pflegebedürftige aufgenommen wurde. Das gilt gleichermaßen, wenn der Pflegebedürftige in einer Altenwohnung oder in einem Altenheim wohnt (vgl. Ziffer 1 Abs. 1 zu § 36 SGB XI). Für Versicherte mit eingeschränkter Alltagskompetenz i. S. von § 45a SGB XI, die vollstationär versorgt werden (§§ 42, 43 SGB XI), können Pflegeeinrichtungen seit 01.07.2008 Vergütungszuschläge für besondere Betreuungsangebote erhalten (vgl. § 87b SGB XI).

2. Leistungsinhalt

Bei den zusätzlichen Betreuungsleistungen handelt sich um einen Zuschuss, der zweckgebunden nur für die gesetzlich normierten Sachleistungsangebote, die nachfolgend genannt werden, in Betracht kommt. Hierbei handelt es sich um Angebote, die auf die Entlastung der/des pflegenden Angehörigen/Lebenspartners bzw. Pflegepersonen ausgerichtet sind. Damit wird in einem ersten Schritt dem erheblichen Versorgungs- und Betreuungsaufwand, den pflegende Angehörige/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen gerade bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen, geistig behinderten oder psychisch kranken Menschen leisten und in hohem Maße die Pflegeperson physisch und psychisch beansprucht, Rechnung getragen. Darüber hinaus sollen die zusätzlichen Betreuungsleistungen dazu beitragen, die Infrastruktur und damit das notwendige Angebot für die Anspruchsberechtigten sowie deren pflegende Angehörige/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen zu verbessern.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen dienen der Erstattung von Aufwendungen, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme folgender Leistungen entstehen:

- Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege

Der Zuschuss für zusätzliche Betreuungsleistungen kann die Regelleistung der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) sowie der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) insoweit ergänzen, als damit diese Leistungen für einen längeren Zeitraum oder in höherer Frequenz beansprucht werden können. Gefordert wird nicht, dass die Tages- und Nachtpflegeeinrichtung bzw. die Kurzzeitpflegeeinrichtung ein spezielles auf den anspruchsberechtigten Personenkreis ausgerichtetes Leistungsangebot bereit stellt. Die Entlastung der/des pflegenden Angehörigen/Lebenspartners bzw. Pflegeperso-

nen sowie infrastrukturfördernde Effekte stehen im Mittelpunkt. Maßgeblich für die Leistungsgewährung ist allein die finanzielle Eigenbelastung des Versicherten aufgrund der Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege bzw. der Kurzzeitpflege. Der Erstattungsleistung steht nicht entgegen, dass Pflegebedürftige bei ausgeschöpften Leistungen der Kurzzeitpflege das Pflegegeld nach § 37 SGB XI aufgrund der selbst sichergestellten Pflege erhalten. Eine Anrechnung des Pflegegeldes auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen ist deshalb ausgeschlossen. Im Einzelfall könnte es sich anbieten, vorrangig den Zuschuss für zusätzliche Betreuungsleistungen einzusetzen. Hierauf sollte insbesondere in der Beratung nach §§ 7, 7a SGB XI hingewiesen werden.

Zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen bei Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege bzw. der Kurzzeitpflege zählen auch die vom Versicherten zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten. Die Fahr- und Transportkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege entstehen, zählen auch zu den erstattungsfähigen Eigenleistungen. Auch hierzu gilt die zuvor beschriebene Zielsetzung.

Beispiel 1

Tages-/Nachtpflege und zusätzliche Betreuungsleistung

Der Pflegebedürftige (Pflegestufe II) ist seit 1. Juli 2008 in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt und besucht an insgesamt 22 Tagen im August 2008 eine Tagespflegeeinrichtung. Diese berechnet einen täglichen Pflegesatz in Höhe von 45,66 EUR.

Berechnung des Entgelts:

45,66 EUR x 22 Tage = 1.004,52 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Die Pflegekasse kann nach § 41 SGB XI 980,00 EUR zur Verfügung stellen. Auf Antrag des Pflegebedürftigen erstattet die Pflegekasse die Differenz in Höhe von 24,52 EUR (1.004,52 EUR – 980,00 EUR) als zusätzliche Betreuungsleistung, da der Pflegebedürftige von Juli bis August 2008 insgesamt einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen im Umfang von bis zu 200 Euro erworben hat. Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von bis zu 575,48 EUR (600 EUR – 24,52 EUR).

Beispiel 2

Zusätzliche Betreuungsleistung

Der Versicherte ist seit 1.07.2008 in seiner Alltagskompetenz in erhöhtem Maße eingeschränkt. Er ist nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI. Er besucht im Oktober 2008 an insgesamt 5 Tagen eine Tagespflegeeinrichtung. Diese berechnet einen täglichen Pflegesatz in Höhe von 45,66 EUR sowie für die Verpflegung 8,23 EUR.

Berechnung des Entgelts:

Pflegesatz 45,66 EUR x 5 Tage = 228,30 EUR

Verpflegung 8,23 EUR x 5 Tage = 41,15 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Dem Versicherten werden die entstandenen Kosten in der Tagespflegeeinrichtung in Höhe von 269,45 EUR (228,30 EUR + 41,15 EUR) als zusätzliche Betreuungsleistung erstattet, da der Versicherte von Juli bis Oktober 2008 insgesamt einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen im Umfang von bis zu 800 Euro erworben hat. Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von bis zu 930,55 EUR (1.200 EUR – 269,45 EUR).

- Zugelassene Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allgemeinen Anleitung und Betreuung

Dieses Angebot erstreckt sich auf spezielle Hilfen der allgemeinen Anleitung und Beaufsichtigung mit den zentralen Inhalten der sozialen Betreuung bzw. tagesstrukturierender Maßnahmen. Ausgeschlossen sind von vornherein Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Damit ist klargestellt, dass die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI ungeachtet des Leistungsumfanges der Pflegekasse nicht zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen gehören. Der zugelassene Pflegedienst erstellt über das Angebot an speziellen Hilfen der allgemeinen Anleitung und Beaufsichtigung ein Konzept, auf dessen Grundlage die Pflegekassen auf Landesebene über die Anerkennung als erstattungsfähige Betreuungsleistung entscheiden. Aus dem Konzept müssen insbesondere die Abgrenzung zu dem Regelangebot nach § 36 SGB XI, die Leistungen sowie die Qualität erkennbar werden.

- **Niedrigschwellige Betreuungsangebote**

Zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zählen insbesondere Leistungen von/der

- Betreuungsgruppen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (z. B. Alzheimergruppen),
- Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen im häuslichen Bereich,
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen (Tagesmuttermodell) oder Einzelbetreuung,
- Familienentlastenden Dienste.

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass es sich um geförderte bzw. förderungsfähige Angebote nach § 45c SGB XI handelt. Das Nähere hierzu ist in den Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 6 SGB XI vom 24.07.2002 geregelt. Um welche niedrigschwelligen Betreuungsangebote es sich im Einzelnen handelt, bestimmt das jeweilige Land auf der Grundlage einer Rechtsverordnung. Die anerkannten Betreuungsangebote werden vom Land bzw. einer vom Land bestimmten Stelle den Landesverbänden der Pflegekassen mitgeteilt.

3. Leistungsumfang und Zahlung

(1) Die Pflegekasse erstattet Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die ihnen entstandenen Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen bis zu gesetzlichen Höchstbeträgen. Bis zum 30.06.2008 hatten Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen bis zu einem Höchstbetrag von 460 EUR jährlich. Seit 01.07.2008 haben Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen in Höhe von bis zu 100 EUR monatlich, Versicherte mit in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz in Höhe von bis 200 EUR monatlich. Die Leistungsansprüche sind als monatliche Ansprüche ausgewiesen, um der Zielsetzung einer regelmäßig fortlaufenden Betreuung Ausdruck zu verleihen. Hierbei ist § 41 SGB I maßgeblich, wonach Ansprüche auf Sozialleistungen erst mit ihrem Entstehen fällig werden. Ein Zugriff auf zukünftig entstehende Leistungsansprüche ist deshalb nicht möglich. Nicht in Anspruch genommene Beträge für zurückliegende Monate können in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden.

(2) Die Erstattung erfolgt gegen Nachweis entsprechender Aufwendungen und ergänzt bei Pflegebedürftigen die ambulanten Leistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung) sowie die teil- bzw. stationären Leistungen (Tages-/Nachtpflege, Kurzzeitpflege). Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten und diese zusätzlichen Betreuungsangebote während der Betreuung an den Wochenenden oder in den Ferienzeiten in der Familie in Anspruch nehmen. Für Beihilfeberechtigte gilt § 28 Abs. 2 SGB XI entsprechend (vgl. Ziffer 2 zu § 28 SGB XI).

(3) Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sind zu beantragen. Antragsberechtigt ist der Versicherte oder ein von dieser Person Bevollmächtigter bzw. dessen Betreuer oder gesetzlicher Vertreter. Der Antrag kann sich auf die Feststellung zum anspruchsberechtigten Personenkreis oder auf eine konkrete Betreuungsleistung beziehen. Wird ein Nachweis über die erbrachten Aufwendungen für Betreuungsleistungen eingereicht, ist dies als Antrag zu werten.

(4) Erfüllt der Versicherte die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungsgewährung erst im Laufe eines Kalenderjahres, ist der Leistungsbetrag ab dem Kalendermonat und für den vollen Monat zur Verfügung zu stellen, in dem der Anspruch auf die Leistung erfüllt wird. Gleiches gilt, wenn bei einem Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz festgestellt wird, dass die Alltagskompetenz nunmehr in erhöhtem Maße eingeschränkt ist.

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II erfüllt ab 15.08.2008 die Anspruchsvoraussetzungen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI.

Im laufenden Kalenderjahr kann der Pflegebedürftige in Höhe von bis zu 500,00 EUR (1.200 EUR : 12 x 5) die zusätzliche Betreuungsleistung in Anspruch nehmen.

4. Übertragung nicht in Anspruch genommener Ansprüche

4.1 Allgemeines

Die in einem Kalenderjahr von dem Versicherten nicht in Anspruch genommenen Leistungen werden auf das nächste Kalenderhalbjahr übertragen. Ein Antrag des Versicherten ist hierzu nicht erforderlich. Wird der auf das folgende Kalenderhalbjahr übertragene Leistungsanspruch nicht ausgeschöpft, verfällt dieser Anspruch.

4.2 Sonderregelung im Jahr 2008

Der bis zum 30.06.2008 geltende jährliche Leistungsbetrag in Höhe von 460 EUR wird im Hinblick auf die Gesetzesänderung zum 01.07.2008 nicht aufgeteilt, d.h. der volle Leistungsbetrag kann für Betreuungsleistungen bis zum 30.06.2008 eingesetzt werden.

Wird dieser Anspruch bis zum 30.06.2008 nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

Beispiel 1

Tages-/Nachtpflege, Pflegegeld und zusätzliche Betreuungsleistung

Der Pflegebedürftige (Pflegestufe I) ist seit 2006 in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt und besucht an insgesamt 7 Tagen im August 2008 eine Tagespflegeeinrichtung. Diese berechnet für diesen Zeitraum einen Pflegesatz in Höhe von insgesamt 230,40 EUR sowie für die Verpflegung 57,00 EUR. Der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen bis 30.06.2008 (460 EUR) ist ausgeschöpft.

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Die Pflegekasse übernimmt nach § 41 SGB XI den Pflegesatz in Höhe von 230,40 EUR (= 54,86 v. H. von 420,00 EUR). Ein anteiliges Pflegegeld kann die Pflegekasse in Höhe von 204,55 EUR (= 95,14 v. H. von 215,00 EUR) zahlen.

Auf Antrag des Pflegebedürftigen werden die Kosten für die Verpflegung in der Tagespflegeeinrichtung in Höhe von 57,00 EUR als zusätzliche Betreuungsleistung erstattet, da der Pflegebedürftige von Juli bis August 2008 insgesamt einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen im Umfang von bis zu 200 Euro erworben hat. Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von bis zu 543,00 EUR (600 EUR – 57 EUR).

Beispiel 2

Pflegesachleistung, Tages-/Nachtpflege und zusätzliche Betreuungsleistung

Der Pflegebedürftige (Pflegestufe II) ist in seiner Alltagskompetenz seit 2006 eingeschränkt. Seit 01.07.2008 liegt eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz vor. Er nimmt Pflegesachleistungen im Wert von 545,48 EUR in Anspruch. Daneben besucht er an insgesamt 10 Tagen im August 2008 eine Tagespflegeeinrichtung. Diese berechnet einen täglichen Pflegesatz in Höhe von 45,66 EUR sowie für die Verpflegung und Investitionskosten 15,23 EUR. Der Restleistungsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen bis zum 30.06.2008 beläuft sich auf 100 EUR.

Berechnung des Entgelts:

Pflegesatz 45,66 EUR x 10 Tage = 456,60 EUR

Verpflegung und Investitionskosten 15,23 EUR x 10 Tage = 152,30 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege sowie die Pflegesachleistungen können jeweils in voller Höhe übernommen werden (da der Umfang der Tages- und Nachtpflege 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 41 Abs. 2 SGB XI nicht übersteigt, besteht neben der Tages- und Nachtpflege der volle Anspruch auf Sachleistungen).

Auf Antrag des Pflegebedürftigen werden diesem die entstandenen Kosten in der Tagespflegeeinrichtung für die Verpflegung und Investitionskosten in Höhe von 152,30 EUR als zusätzliche Betreuungsleistung erstattet, da der Versicherte neben seinem Restanspruch aus dem 1. Halbjahr 2008 (100 EUR) von Juli bis August 2008 einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen im Umfang von bis zu 400 EUR erworben hat. Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von bis zu 1.147,70 EUR (1.200 EUR + 100 EUR – 152,30 EUR).

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen § 45c SGB XI

(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt zehn vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

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

(4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im

Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

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

1. Allgemeines

Diese Regelung zielt darauf ab, verstärkt Pflegearrangements zu entwickeln, die insbesondere für demenziell Erkrankte und ihre pflegenden Angehörigen/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen mehr Lebensqualität schaffen. So sollen beispielsweise der Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote, bei denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter fachlicher Anleitung die Betreuung dementer Menschen übernehmen können, gefördert sowie Versorgungskonzepte und -strukturen weiter entwickelt werden.

Zu den Voraussetzungen und Zielen sowie zur Dauer, zu Inhalten und zur Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte haben die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. am 24.07.2002 die Empfehlungen zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 6 SGB XI beschlossen. Der Empfehlung haben das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Länder zugestimmt.

Die finanziellen Mittel werden unmittelbar aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert. Da die Leistungsgewährung der Pflegeversicherung eine finanzielle Beteiligung der Länder voraussetzt, haben die Länder das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen durch Rechtsverordnung zu regeln.

Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe § 45d SGB XI

(1) In entsprechender Anwendung des § 45c können die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau

- 1. von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, und*
- 2. von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.*

(2) Selbsthilfegruppen im Sinne von Absatz 1 sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen im Sinne von Absatz 1 sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen nach Satz 1 in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen im Sinne von Absatz 1 sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.

(3) § 45c Abs. 6 Satz 4 gilt entsprechend.

1. Allgemeines

Gruppen von ehrenamtlich tätigen sowie sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen sowie die Selbsthilfe werden in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI sowohl für Pflegebedürftige als auch für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und deren Angehörige einbezogen. Auch für diese neu geschaffenen Fördermöglichkeiten tragen die Länder und Kommunen im Rahmen der Modellförderung nach § 45c SGB XI die Steuerungsverantwortung. Die Förderung ist damit nicht vergleichbar mit der individuellen Selbsthilfeförderung der Krankenkassen nach § 20c SGB V. Die Förderung ist zweckgebunden und stellt eine zusätzliche Fördermöglichkeit dar. Sie darf nicht zu einer Substituierung der Förderung nach anderen Rechtsvorschriften genutzt werden.

**Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit
erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
§ 87b SGB XI**

(1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

- 1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,*
- 2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,*
- 3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und*
- 4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird.*

Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit Pflegeheimen getroffen werden, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Absatz 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

(2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die Heimbewohner und die Träger der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und

deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“

1. Allgemeines

Bei dem Anspruch nach § 87b SGB XI handelt es sich nicht um einen Leistungsanspruch, den Versicherte gegenüber ihrer Pflegekasse geltend machen können. Anspruchsträger sind die Pflegeheime, sofern sie die Voraussetzungen des § 87b SGB XI erfüllen und eine Vereinbarung über entsprechende Vergütungszuschläge getroffen ist. Allerdings hat der Heimbewohner mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung. Auf das zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebot müssen die Pflegeeinrichtungen potentielle Heimbewohner und deren Angehörige im Rahmen der Verhandlungen und des Abschlusses von Heimverträgen nachprüfbar hinweisen. Die Pflegekassen haben die notwendige Transparenz durch entsprechende Hinweise in den Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI herzustellen.

In analoger Anwendung der Regelung des § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI wird für die Zahlung von Vergütungszuschlägen nach § 87b SGB XI nicht auf die Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner abgestellt. Vergütungszuschläge werden auch für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Heimbewohnern mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz geleistet, die nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI sind.

Kostenerstattung **§ 91 SGB XI**

(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten oder stationären Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren.

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

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

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

1. Allgemeines

Die häuslichen Pflegeeinsätze von Sozialstationen und anderen ambulanten Pflegediensten sowie die teil- und vollstationären Pflegeleistungen werden als Dienst- oder Sachleistungen von den Pflegekassen – bis zum jeweiligen Höchstwert – unmittelbar den Trägern der Pflegeeinrichtungen vergütet. Hiervon macht § 91 SGB XI eine Ausnahme für Pflegeeinrichtungen, die bewusst auf den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen verzichten oder mit denen eine solche Vereinbarung – z. B. wegen unangemessener Forderungen – nicht zustande kommt.

2. Leistungsumfang

(1) Die Erstattung richtet sich nach der Höhe des individuellen Leistungsanspruchs des Pflegebedürftigen nach den §§ 36, 38, 39 und 41 bis 43 SGB XI und beträgt höchstens 80 v. H. der tatsächlich entstandenen Aufwendungen, max. jedoch 80 v. H. der Höchstwerte nach den §§ 36, 41, 42 und 43 SGB XI. Sofern Leistungen der vollstationären Pflege beansprucht werden, beträgt der Leistungsanspruch 80 v. H. von 75 v. H. des Heimentgelts. Die eingangs beschriebene Verfahrensweise gilt auch bei Beihilfeempfängern. Vom ermittelten Leistungsanspruch übernimmt die Pflegekasse die Hälfte. Die Kombinationsleistung wird auch bei Beihilfeempfängern auf der Grundlage des § 38 SGB XI (vgl. Ziffer 1 zu § 38 SGB XI) ermittelt und der Anteil der Sachleistung (tatsächlich entstandene Aufwendungen bzw. die Höchstwerte) auf 80 v. H. begrenzt, nicht hingegen das Pflegegeld. Die Pflegekasse gewährt die dem Pflegebedürftigen zustehenden Leistungen zur Hälfte. Der Anspruch auf Kostenerstattung ist aber davon abhängig, dass es sich bei der

in Anspruch genommenen Einrichtung um eine Vertragseinrichtung nach den §§ 71, 72 SGB XI handelt.

(2) Der von der Pflegekasse nicht erstattete Vergütungsteil kann nicht von einem Träger der Sozialhilfe übernommen werden.

(3) Die in Anspruch genommene Pflegeeinrichtung hat die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und ihren Lebenspartner rechtzeitig darauf hinzuweisen, dass sie lediglich einen begrenzten Kostenerstattungsanspruch gegenüber der Pflegekasse und keinen Anspruch auf Erstattung des Differenzbetrages durch einen Träger der Sozialhilfe haben.

**Bezieher von Leistungen nach den bis zum 31.03.1995 geltenden Vorschriften
der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Leistungen
bei Schwerpflegebedürftigkeit
Artikel 45 PflegeVG**

(1) Pflegebedürftige Versicherte, die bis zum 31. März 1995 Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten haben, werden mit Wirkung vom 1. April 1995 ohne Antragstellung in die Pflegestufe II eingestuft und erhalten Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch in dem Umfang, der für Pflegebedürftige im Sinne des § 15 Abs. 1 Nr. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehen ist. Sie werden auf Antrag der Pflegestufe III zugeordnet und erhalten Leistungen in dem Umfang, der für Pflegebedürftige im Sinne des § 15 Abs. 1 Nr. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehen ist, wenn festgestellt wird, dass Pflegebedürftigkeit im entsprechenden Umfang vorliegt. Wird der Antrag bis zum 30. Juni 1995 gestellt, wird die Zuordnung zur Pflegestufe III rückwirkend ab 1. April 1995 vorgenommen, bei späterer Antragstellung ab dem Zeitpunkt der Antragstellung.

(2) Die Krankenkassen stellen den Pflegekassen die für die Leistungsgewährung notwendigen Unterlagen zur Verfügung und übermitteln die erforderlichen personenbezogenen Daten.

1. Allgemeines

Pflegebedürftige Versicherte, die bis zum 31.03.1995

- Leistungen nach den geltenden Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit erhielten,
- bzw. nur deshalb keine Leistungen nach den bis dahin geltenden Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit erhielten, weil
 1. die Leistung nach den geltenden Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit wegen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V entfiel,
 2. der Anspruch wegen eines (evtl. vorübergehenden) Aufenthalts außerhalb des Haushalts bzw. der Familie nicht bestand (z. B. bei einer stationären medizinischen Rehabilitationsleistung),

sind **ohne Antragstellung** und ohne Begutachtung durch den MDK ab 01.04.1995 von der Pflegekasse in die Pflegestufe II eingestuft worden und erhalten seitdem die dementsprechenden Leistungen nach den §§ 36 bis 42 und 44 SGB XI. Zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen nach § 44 SGB XI ist eine Bewertung der Pflegezeiten der Pflegeperson(en) zur Einschätzung der Rentenversicherungspflicht durch den Gutachter

des MDK nicht zwingend erforderlich. Der MDK sollte nur dann eingeschaltet werden, wenn die Angaben der Pflegeperson(en) nicht plausibel erscheinen.

2. Höherstufung

(1) Beantragt der Pflegebedürftige die Einstufung in die Pflegestufe III, ist der MDK mit der Prüfung nach § 18 SGB XI zu beauftragen. Wurde der Antrag rechtzeitig bis zum 30.06.1995 gestellt und lag Pflegebedürftigkeit in entsprechendem Umfang vor, so erfolgte die Zuordnung zur Pflegestufe III rückwirkend ab dem 01.04.1995, bei späterer Antragstellung ab dem Zeitpunkt der Antragstellung. Bei rückwirkender Zuordnung zur Pflegestufe III wurde das Pflegegeld nach § 37 SGB XI ab dem 01.04.1995 erhöht. Eine rückwirkende Erhöhung der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI bzw. der teilstationären Pflege nach § 41 SGB XI war nur möglich, wenn und soweit der Wert der tatsächlich in Anspruch genommenen Pflegeeinsätze bzw. die Aufwendungen für die teilstationäre Pflege überschritten (analog § 13 Abs. 3 SGB V, Urteil des BSG vom 30.09.1993 – 4 RK 1/92 – USK 9371, vgl. auch Artikel 49 PflegeVG) wurde.

(2) Für die Wiederholung von Begutachtungen durch den MDK gilt § 18 Abs. 2 Satz 5 SGB XI.

3. Voraussetzungen der Pflegestufe II nicht erfüllt

Ergibt sich im Rahmen einer Wiederholungsbegutachtung nach § 18 Abs. 2 Satz 5 SGB XI bzw. eines Antrages auf Zuordnung zur Pflegestufe III, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse gegenüber der letzten Begutachtung zur Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit nach den geltenden Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit verändert haben, z. B. eine Verminderung der Pflegestufe bzw. die Pflegebedürftigkeit sinkt unter die Pflegestufe I (z. B. infolge einer erfolgreichen Leistung zur medizinischen Rehabilitation), sind die Leistungen für die Zukunft zu vermindern bzw. aufzuheben (§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X, Urteil des BSG vom 23.03.1988 – 3 RK 9/87 – USK 8837).

Sofern im Rahmen einer Wiederholungsbegutachtung nach § 18 Abs. 2 Satz 5 SGB XI bzw. eines Antrages auf Zuordnung zur Pflegestufe III durch den MDK festgestellt wird, dass sich an den tatsächlichen Verhältnissen gegenüber der letzten Begutachtung keine Veränderung ergeben hat, sich jedoch allein aufgrund der Kriterien der Pflegeversicherung eine Änderung ergibt, verbleibt es weiterhin bei der bisherigen Einstufung (Pflegestufe II). Weitere Wiederholungsbegutachtungen bleiben aber im Hinblick auf etwaige Änderungen im Übrigen erforderlich.

Wird im Rahmen einer Wiederholungsbegutachtung nach § 18 Abs. 2 Satz 5 SGB XI bzw. eines Antrages auf Zuordnung zur Pflegestufe III durch den MDK festgestellt, dass bereits vor dem 01.04.1995 nur Pflegebedürftigkeit nach der Pflegestufe I bzw. keine Pflegebedürftigkeit vorlag, d. h. der Verwaltungsakt, mit dem die Leistungen nach den geltenden Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit zugebilligt wurden, fehlerhaft war, verbleibt es bei der bisherigen Einstufung

(Pflegestufe II). Zwar kann nach § 45 Abs. 2 SGB X ein Verwaltungsakt für die Zukunft zurückgenommen werden, es ist jedoch zu berücksichtigen, dass § 45 Abs. 3 Satz 1 SGB X eine Zeitschranke von zwei Jahren nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes errichtet.