

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

**Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften
vom 17.04.2013**

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 erstmals in ihrem Gemeinsamen Rundschreiben vom 28.10.1996 zu den für die Pflegekassen relevanten leistungsrechtlichen Bestimmungen des PflegeVG Stellung genommen und dieses Rundschreiben kontinuierlich weiterentwickelt. Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 01.07.2008 wurde das Gemeinsame Rundschreiben gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband neu aufgelegt. Aufgrund des Inkrafttretens des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes erfolgte eine umfassende Überarbeitung. Von daher wurde das Gemeinsame Rundschreiben mit Datum vom 17.04.2013 neu veröffentlicht, Es wird auch weiterhin fortlaufend aktualisiert. Der aktuelle Stand wird auf den Seiten entsprechend gekennzeichnet.

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. |

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

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 Bezeichnungsförm 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.

Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze:	Am 15.04.2011 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 27.05.2011 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 22.06.2011 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.06.2011, Seite 1202 ff., veröffentlicht.
GKV-VStG:	Am 01.12.2011 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 16.12.2011 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 22.12.2011 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.12.2011, Seite 2983 ff., veröffentlicht.
Pflege-Neuausrichtungsgesetz:	Am 29.06.2012 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 21.09.2012 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 23.10.2012 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 29.10.2012, Seite 2246 ff., veröffentlicht.
Assistenzpflegebedarfsgesetz:	Am 09.11.2012 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Assistenzpflegebedarfsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 14.12.2012 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 20.12.2012 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 27.12.2012, Seite 2789 ff. veröffentlicht.

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 08.06.2009 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
1. Allgemeines.....	1
§ 2 SGB XI Selbstbestimmung	1
1. Allgemeines.....	1
2. Rechtsfolgen	1
§ 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege	1
1. Allgemeines.....	1
2. Rechtsfolgen	1
§ 4 SGB XI Art und Umfang der Leistungen	1
1. Leistungsarten/-inhalt.....	1
2. Leistungsumfang.....	2
3. Wirtschaftlichkeit	2
§ 5 SGB XI Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation.....	1
1. Aufgaben der Pflegekassen	1
2. Aufgaben anderer Leistungsträger.....	1
§ 6 SGB XI Eigenverantwortung	1
1. Mitwirkungspflicht	1
§ 7 SGB XI Aufklärung, Beratung	1
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
1. Allgemeines.....	3
2. Anspruchsberechtigung	3
3. Organisation der Pflegeberatung	3
4. Inhalt der Pflegeberatung.....	4
5. Anforderungen an Pflegeberater	5
6. Finanzierung	5
§ 7b SGB XI Beratungsgutscheine	1
1. Allgemeines.....	1
2. Beratung durch die Pflegekassen	2
3. Beratung durch Beratungsstellen	3
3.1 Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen	3
3.2 Datenschutz.....	4
3.3 Unabhängigkeit und Neutralität	4
3.4 Haftungsausschluss	4
§ 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung	1
1. Allgemeines.....	1

§ 13 SGB XI Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen.....	1
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	4
6. Nichtanrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung als Einkommen	4
7. Unterhaltsrechtliche Berücksichtigung des Pflegegeldes.....	4
§ 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit	1
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
1. Allgemeines.....	2
2. Pflegestufen	2
3. Besonderheiten bei Kindern	4
4. Besonderheiten bei vollstationärer Pflege	5
5. Besonderheiten bei der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.....	5
§ 17 SGB XI Richtlinien der Pflegekassen	1
1. Pflegebedürftigkeits-Richtlinien	1
2. Härtefall-Richtlinien	1
§ 18 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	1
1. Allgemeines.....	3
2. Untersuchungsort/Begutachtungsfristen	4
3. Untersuchungsergebnis	6
4. Wiederholungsbegutachtungen	7
5. Anerkennung von Gutachten der Pflegekassen, der PKV oder eines anderen die Pflegeversicherung betreibenden Versicherungsunternehmens	8
6. Beauftragung unabhängiger Gutachter	8
7. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zuständiger Träger	9
8. Fristüberschreitung	9
§ 18a SGB XI Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten	1
1. Allgemeines.....	2
§ 28 SGB XI Leistungsarten, Grundsätze.....	1
1. Leistungsarten.....	2
2. Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte	2
3. Aktivierende Pflege	2

4. Kommunikationsbedürfnis	3
§ 29 SGB XI Wirtschaftlichkeitsgebot	1
1. Wirtschaftlichkeitsgebot	1
2. Leistungserbringer	1
§ 30 SGB XI Dynamisierung	1
1. Dynamisierung der Leistungen.....	1
§ 31 SGB XI Vorrang der Rehabilitation vor Pflege	1
1. Feststellungspflicht.....	1
2. Zusammenarbeit	2
3. Unterstützungspflicht.....	2
4. Leistungspflicht der Krankenversicherung	2
§ 32 SGB XI Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	1
1. Allgemeines.....	1
2. Vorläufige Leistungsgewährung	1
§ 33 SGB XI Leistungsvoraussetzungen	1
1. Antragstellung	2
2. Leistungsbeginn	2
2.1 Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung.....	2
2.2 Antrag auf Höherstufung	4
3. Befristung des Leistungsbescheides.....	6
4. Vorversicherungszeit.....	7
5. Besonderheiten bei Personen, für die ein Beitrittsrecht nach § 26a SGB XI bestand.....	9
§ 33a SGB XI Leistungsausschluss.....	1
1. Allgemeines.....	1
2. Umfang des Leistungsausschlusses	1
3. Umsetzung	1
§ 34 SGB XI Ruhen der Leistungsansprüche	1
1. Auslandsaufenthalt	2
2. Bezug von Entschädigungsleistungen	2
2.1 Allgemeines	2
2.2 Leistungen bei häuslicher Pflege, teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege	3
2.3 Leistungen bei vollstationärer Pflege.....	5
3. Bezug von häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung oder Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.....	6
§ 35 SGB XI Erlöschen der Leistungsansprüche.....	1
1. Allgemeines.....	1
2. Wechsel der Kassenzuständigkeit	1
3. Erstattungsverzicht.....	1

§ 35a SGB XI Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX	1
1. Allgemeines.....	1
2. Leistungen der Pflegeversicherung als Teil eines Persönlichen Budgets	2
§ 36 SGB XI Pflegesachleistung.....	1
1. Allgemeines.....	2
2. Leistungserbringer	3
3. „Poolen“ von Leistungsansprüchen.....	3
4. Leistungsinhalt der Pflegeleistungen	4
5. Leistungshöhe.....	4
6. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen	6
7. Härtefall-Regelung	8
§ 37 SGB XI Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	1
1. Leistungsvoraussetzungen.....	3
2. Leistungshöhe und Zahlungsweise	4
2.1 Allgemeines	4
2.2 Kürzung des Pflegegeldes.....	5
2.2.1 Allgemeines	5
2.2.2 Vier-Wochen-Regelung nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI	5
2.2.3 Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Ersatzpflege	8
2.3 Leistungshöhe des Pflegegeldes im Sterbemonat	20
3. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen	24
4. Beratungseinsatz	27
4.1 Allgemeines	27
4.2 Zielsetzung des Beratungseinsatzes	27
4.3 Leistungsinhalt des Beratungseinsatzes	28
4.4 Durchführung des Beratungseinsatzes.....	29
4.5 Nachweis über die Durchführung des Beratungseinsatzes	31
§ 38 SGB XI Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)	1
1. Allgemeines.....	1
2. Entscheidungsbindung.....	2
3. Leistungshöhe.....	3
4. Fortzahlung des hälftigen anteiligen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Ersatzpflege	9
§ 38a SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	1
1. Allgemeines.....	1
2. Leistungsvoraussetzungen.....	2
2.1 Gemeinsame Wohnung.....	2
2.2 Gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen (Wohngruppe).....	2
2.3 Bezug von Leistungen nach den §§ 36, 37 und 38 SGB XI	3
2.4 Vorhandensein einer Pflegekraft	3
2.5 Freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen	4
3. Leistungshöhe und Zahlungsweise	4

§ 39 SGB XI Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	1
1. Allgemeines.....	1
2. Anspruchsvoraussetzungen	5
2.1 Ersatzpflege außerhalb der Häuslichkeit des Anspruchsberechtigten.....	6
2.1.1 Ersatzpflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI	7
2.2 Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Anspruchsberechtigten bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.....	8
2.3 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Ersatzpflege von mehr als vier Wochen durch Pflegepersonen, die mit dem Anspruchsberechtigten bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben	11
2.4 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit einer Ersatzpflegeperson, die mit dem Anspruchsberechtigten bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt und im laufenden Jahr bereits einen anderen Anspruchsberechtigten gepflegt hat	15
2.5 Ersatzpflege durch nahe Angehörige bei Arbeitsfreistellung nach dem PflegeZG	16
2.6 Ersatzpflege durch entfernte Verwandte/Verschwägte (ab dem dritten Grad) oder durch Nachbarn/Bekannte	17
2.7 Ausschöpfung des Leistungsanspruchs	18
§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	1
1. Pflegehilfsmittel	2
1.1 Allgemeines	2
1.2 Leistungsanspruch	3
1.3 Zuzahlung.....	3
1.4 Leistungsabgrenzung zur Krankenversicherung.....	4
2. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes	5
2.1 Leistungsvoraussetzungen	5
2.2 Leistungsinhalt.....	5
3. Wohnung/Haushalt	6
4. Maßnahme	7
5. Zuschusshöhe.....	8
5.1 Berücksichtigungsfähige Kosten.....	8
5.2 Durchführung von Reparaturen	8
5.3 Umbaumaßnahmen in Wohnungen, in denen mehrere Pflegebedürftige wohnen	9
6. Zuständigkeitsabgrenzung zu anderen Leistungsträgern.....	9
6.1 Allgemeines	9
6.2 Vorrangige Leistungszuständigkeit der Pflegekasse	9
6.3 Vorrangige Leistungszuständigkeit anderer Träger	10
7. Verfahren	10
7.1 Antragstellung.....	10
7.2 Beratung	11
7.3 Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme.....	11
8. Katalog möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen	12
8.1. Allgemeines	12
8.2. Maßnahmen außerhalb der Wohnung/Eingangsbereich	13

8.3. Maßnahmen innerhalb der Wohnung	14
8.3.1 Mögliche Maßnahmen im gesamten Wohnungsbereich	14
8.3.2 Spezielle Maßnahmen in besonderen Wohnbereichen	15
§ 41 SGB XI Tagespflege und Nachtpflege	1
1. Allgemeines	2
2. Leistungsinhalt	3
3. Leistungsumfang	3
3.1 Allgemeines	3
3.2 Kombination der Pflegesachleistungen mit Tages- und Nachtpflege	4
3.2.1 Kombination der Pflegesachleistungen mit Tages- und Nachtpflege bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III	4
3.2.2 Kombination der Pflegesachleistungen mit Tages- und Nachtpflege bei Vorliegen eines Härtefalles	6
3.2.3 Kombination der Pflegesachleistungen mit Tages- und Nachtpflege bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	8
3.3 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld	10
3.3.1 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III	10
3.3.2 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	11
3.4 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Kombinationsleistung	13
3.4.1 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Kombinationsleistung bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III	13
3.4.2 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Kombinationsleistung bei Vorliegen eines Härtefalles	16
3.4.3 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Kombinationsleistung bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	17
§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege	1
1. Allgemeines	1
2. Kurzzeitpflege für Kinder	2
3. Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen	3
4. Leistungsinhalt	3
5. Leistungsumfang	4
5.1 Allgemeines	4
5.2 Kurzzeitpflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI	6
5.3 Ausschöpfung des Leistungsanspruchs	6
5.4 Wechsel von der Kurzzeitpflege zur vollstationären Pflege	7
6. Zusammentreffen von Leistungen der Kurzzeitpflege, der vollstationären Pflege mit Zuschüssen zur stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V	8
§ 43 SGB XI Vollstationäre Pflege/Inhalt der Leistung	1
1. Allgemeines	2
2. Leistungsinhalt/Leistungshöhe	3
3. Härtefallregelung	4

4. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen	5
5. Wechsel zwischen ambulanter Pflege, teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege	6
6. Leistungserbringung	7
7. Berechnung der anteiligen Leistungsbeträge bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen im laufenden Monat	8
8. Zahlungsweise bei Pflegebedürftigen, die aus einer vollstationären Pflegeeinrichtung im laufenden Monat in eine andere Pflegeeinrichtung umziehen	9
9. Abwesenheitszeiten	10
10. Wechsel der Pflegestufe im laufenden Monat	11
11. Berechnung des Heimentgelts bei Aufforderung der Pflegeeinrichtung, einen Höherstufungsantrag zu stellen	12
12. Leistungen in nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen	14
§ 43a SGB XI Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen/Inhalt der Leistung	1
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
1. Allgemeines	1
§ 45 SGB XI Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	1
1. Allgemeines	1
2. Kostenfreiheit	2
§ 45a SGB XI Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	1
1. Allgemeines	2
2. Anspruchsberechtigter Personenkreis	2
3. Verfahren zur Feststellung	4
§ 45b SGB XI Zusätzliche Betreuungsleistungen	1
1. Leistungsvoraussetzungen	2
2. Leistungsinhalt	2
3. Leistungsumfang und Zahlung	5
4. Übertragung nicht in Anspruch genommener Ansprüche	6
§ 45c SGB XI Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	1
1. Allgemeines	2
§ 45d SGB XI Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe	1
1. Allgemeines	1
2. Abgrenzung zur Förderung nach § 20c SGB V	2

§ 45e SGB XI Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.....	1
1. Allgemeines.....	1
2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	1
§ 87a SGB XI Berechnung und Zahlung des Heimentgelts	1
1. Allgemeines.....	2
2. Bonuszahlung nach § 87a Abs. 4 SGB XI	2
§ 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	1
1. Allgemeines.....	2
§ 91 SGB XI Kostenerstattung.....	1
1. Allgemeines.....	1
2. Leistungsumfang.....	1
§ 123 SGB XI Übergangsregelung: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	1
1. Allgemeines.....	1
2. Leistungshöhe.....	2
3. Besonderheiten der Leistungsgewährung.....	2
§ 124 SGB XI Übergangsregelung: Häusliche Betreuung	1
1. Allgemeines.....	1
2. Leistungsumfang.....	2
2.1 Leistungen neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Betreuung	2
2.2 Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Anspruchsberechtigten oder seiner Familie.....	2
2.2.1 Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen	2
2.2.2 Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags	3
2.3 Sonstige Hilfen, bei denen ein aktives Tun nicht im Vordergrund steht	3
2.4 Gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld eines Beteiligten oder seiner Familie.....	3
Artikel 45 PflegeVG Bezieher von Leistungen nach den bis zum 31.03.1995 geltenden Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Leistungen bei Schwerepflegebedürftigkeit	1
1. Allgemeines.....	1
2. Höherstufung.....	2
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 – PflRi) 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

Beihilfavorschriften (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 17.04.2013

§ 1 SGB XI **Soziale Pflegeversicherung**

(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.

§ 2 SGB XI Selbstbestimmung

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

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

schaft 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).

§ 3 SGB XI

Vorrang der häuslichen Pflege

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

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, 45b SGB XI und seit 01.01.2013 §§ 123 und 124 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 Ziffer 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.

§ 4 SGB XI

Art und Umfang der Leistungen

(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 und seit 01.01.2013 §§ 123 und 124 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).

§ 5 SGB XI

Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

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

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

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 oder des von ihnen beauftragten Gutachters 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" vgl. § 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.

§ 6 SGB XI **Eigenverantwortung**

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

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

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.

§ 7 SGB XI **Aufklärung, Beratung**

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

(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu unterrichten, zu beraten und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch besteht auf die Übermittlung

- 1. des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie*
- 2. der gesonderten Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18a Abs. 1.*

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 Organisa-

tion 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.

(4) Der Versicherte, seine Angehörigen und sein Lebenspartner sind darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18a Abs. 1 SGB XI haben.

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.

§ 7a SGB XI Pflegeberatung

(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

se 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 bürgerschaftlichen 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 Angehö-

rige 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 Gutachtens des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters,
- 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 Alltags-

begleitung 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 GKV-Spitzenverband am 29.08.2008 abgegeben hat. Die Qualifikationsanforderungen müssen bis spätestens 30.06.2011 erfüllt sein.

6. Finanzierung

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

§ 7b SGB XI Beratungsgutscheine

(1) Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch entweder

- 1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antrageingang durchzuführen ist, oder*
- 2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Abs. 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.*

Die Beratung richtet sich nach den §§ 7 und 7a. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären.

(2) Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach den §§ 7 und 7a einhalten. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen, die insbesondere Regelungen treffen für

- 1. die Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen,*
- 2. die Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen, und*
- 3. die Vergütung.*

(3) Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dürfen personenbezogene Daten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für Zwecke der Beratung nach den §§ 7 und 7a erforderlich ist und der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter eingewilligt hat. Zudem ist der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter zu Beginn der Beratung darauf hinzuweisen, dass die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.

1. Allgemeines

(1) Die Beratung pflegebedürftiger Menschen wurde mit der Einführung eines Case- und Care-Managements durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem der Beratungsanspruch nach § 7a SGB XI mit dem Ziel geschaffen, sowohl eine frühzeitig einsetzende Beratung als auch eine dauerhafte Begleitung im Sinne eines Fallmanagements zu gewährleisten.

Mit dieser Regelung wird das Ziel verfolgt, dass der Antragsteller konkret auf das Beratungsangebot der Pflegekasse hingewiesen werden soll.

(2) Die Pflegekassen bieten dem Antragsteller nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung einen konkreten Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson an. Die Beratung ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen. Alternativ stellen die Pflegekassen einen Beratungsgutschein aus, der bei einer Beratungsstelle innerhalb von zwei Wochen eingelöst werden kann.

(3) Gegenstand des Angebots ist die Durchführung einer Beratung nach den §§ 7 und 7a SGB XI. Es kann sich um eine allgemeine Aufklärung und Beratung nach § 7 SGB XI über die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger handeln. Ebenso ist eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Sinne einer individuellen Beratung und Hilfestellung 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 ist, möglich.

Der Umfang der Beratung ist abhängig von dem Wunsch des Versicherten. Grundsätzlich reicht die Durchführung einer allgemeinen Aufklärung und Beratung nach § 7 SGB XI aus. Stellt sich in dem Beratungsgespräch heraus, dass ein intensiverer Beratungsbedarf besteht und eine individuelle Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von unterschiedlichen Sozialleistungen und Hilfsangeboten erforderlich ist, kann mit Einwilligung des Versicherten auch eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchgeführt bzw. begonnen werden.

2. Beratung durch die Pflegekassen

Beabsichtigt die Pflegekasse das Beratungsangebot selbst umzusetzen, ist die Durchführung der Beratung nach den §§ 7 und 7a SGB XI unter Angabe einer konkreten Kontaktperson innerhalb einer Frist von zwei Wochen anzubieten. Die Frist beginnt am Tag nach Eingang des Antrags. Fällt der Tag des Fristablaufs auf einen Sonntag oder Feiertag, läuft die Frist am darauf folgenden Werktag ab. Das Angebot ist konkret an den Antragsteller zu richten. Antragsteller ist immer der Versicherte, der den Antrag gestellt hat oder für den der Antrag von einem Dritten als Vertreter gestellt wurde. Der Begriff des Antragstellers wird auch an anderer Stelle im XI. Buch des Sozialgesetzbuches - z.B. in § 18 Abs. 2 Satz 1 SGB XI - synonym für die Versicherten verwendet, die den Anspruch geltend machen oder für die er geltend gemacht wurde.

Für das Angebot eines Termins zur Durchführung der Beratung innerhalb von zwei Wochen ist es erforderlich, dem Versicherten einen konkreten Termin anzubieten. Um die Zeitplanung des Versicherten bei der Terminvergabe besser berücksichtigen zu können, ist auch eine Terminvereinbarung möglich. Auf Wunsch des Versicherten kann der Beratungstermin auch außerhalb der 2-Wochen-Frist liegen. Über die Möglichkeit eines Beratungsgesprächs nach Ablauf der 2-Wochen-Frist ist der Versicherte zu informieren.

Wo die Beratung durchzuführen ist, ist in § 7b SGB XI nicht ausdrücklich geregelt. Die Beratung kann danach z.B. in der Geschäftsstelle oder telefonisch erfolgen. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung aber in der häuslichen Umgebung zu erfolgen. Der Versicherte ist auf diese Möglichkeit hinzuweisen.

3. Beratung durch Beratungsstellen

Die Pflegekassen haben ebenfalls die Möglichkeit, einen Beratungsgutschein auszustellen, der bei einer Beratungsstelle innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann. In dem Beratungsgutschein müssen Beratungsstellen benannt sein, bei denen die Einlösung des Beratungsgutscheins zu Lasten der Pflegekasse möglich ist.

Das Angebot setzt den Abschluss eines Vertrages mit den benannten Beratungsstellen nach § 7b Abs. 2 SGB XI voraus. Beratungsgutscheine sind nur dann auszustellen, wenn die Pflegekasse die Beratung nach § 7b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI nicht selbst anbietet. Die Entscheidung, ob die Pflegekasse einen Beratungsgutschein anbietet, obliegt der Pflegekasse. Der Versicherte hat keinen Rechtsanspruch auf die Ausstellung eines Beratungsgutscheins, wenn die Pflegekasse einen konkreten Beratungstermin nach Maßgabe des § 7b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI anbietet. Ebenso haben Anbieter von Beratungsleistungen keinen Anspruch auf Abschluss eines Beratungsstellenvertrages mit der Pflegekasse.

3.1 Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen

Wenn die Pflegekasse Beratungsgutscheine ausstellt, hat sie sicherzustellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach den §§ 7 und 7a SGB XI einhalten. Dazu schließt die Pflegekasse allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen, die insbesondere Regelungen zu

- den Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen,
- der Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen und
- der Vergütung treffen.

In den Vereinbarungen ist sicherzustellen, dass dabei die Qualitätsanforderungen an die Beratung eingehalten werden. Das betrifft insbesondere die Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29.08.2008. Ebenfalls muss geregelt sein, dass den Versicherten durch die Beratung in den Beratungsstellen keine Zusatzkosten entstehen.

3.2 Datenschutz

Die Einhaltung des Datenschutzes ist zu gewährleisten. Dafür ist eine Datenschutzvereinbarung abzuschließen, die für die Beratungsstelle verbindlich ist. Sie muss alle erforderlichen Maßnahmen regeln, die sich zum Schutz der Versicherten durch das Erfassen ihrer Daten ergeben.

3.3 Unabhängigkeit und Neutralität

Die Unabhängigkeit und Neutralität der Beratungsstellen ist zu gewährleisten. Dazu ist sicherzustellen, dass die Beratungsstellen zur Vermeidung von Interessenskonflikten finanziell und organisatorisch unabhängig sind.

3.4 Haftungsausschluss

Zum Ausschluss einer Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung der Beratungsstellen entstehen können, ist die Pflegekasse von der Haftung für diese Schäden von den Beratungsstellen freizustellen.

§ 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung

(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 GKV-Spitzenverband. Die Fördermittel werden unmittelbar aus dem Ausgleichsfond der Pflegeversicherung finanziert.

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

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

- 1. nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,*
- 2. aus der gesetzlichen Unfallversicherung und*
- 3. aus öffentlichen Kassen 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 weitergehenden 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 Lei-

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

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

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

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 38 und 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 38 und 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 38 und 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 vgl. 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 vgl. 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 weitergehenden 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 (vgl. hierzu Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 8.10.2008, Rundschreiben Nr. 2008/141 des GKV-Spitzenverbandes).

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 22./23.01.2008, Ziffer 7 sowie Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zum Gesamteinkommen vom 24.10.2008, 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.

§ 14 SGB XI **Begriff der Pflegebedürftigkeit**

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

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

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

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

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

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

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.

(2) 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 war bis zum 31.12.2012 auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI beschränkt. In stationären Pflegeeinrichtungen kann dieser Personenkreis ebenfalls zusätzliche Aktivierung und Betreuung erhalten (vgl. § 87b SGB XI). Seit 01.01.2013 haben Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz neben den Leistungen nach § 45b SGB XI einen Anspruch auf Leistungen nach § 123 SGB XI (vgl. Ziffer 1 zu § 123 SGB XI).

(3) Hinsichtlich der Eigenbeteiligungen besteht evtl. ein Anspruch auf die fürsorgerischen Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII) 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) Liegen die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe für mindestens sechs Monate vor und ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass sich der Hilfebedarf, z.B. durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen, pflegestufenrelevant verringert, kann die Zuordnung zu einer Pflegestufe auf Empfehlung des MDK für die Dauer der wahrscheinlichen Pflegebedürftigkeit befristet werden (vgl. Ziffer 3 zu § 33 SGB XI).

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 pflegerrelevanten 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 Intimwäsche hier zu berücksichtigen ist, ist 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 Haarschneiden werden nicht be-

rücksichtigt. 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, sowie die notwendigen Handgriffe bei dieser Verrichtung, wie das Richten der Kleidung vor und nach der Benutzung der Toilette, das Säubern des Intimbereichs nach dem Wasserlassen und Stuhlgang, das Entleeren und Säubern eines Toilettenstuhls bzw. Stechbeckens oder das Entleeren/Wechseln eines Urinbeutels. Auch das An-/Ablegen und Wechseln von Inkontinenzprodukten und die Reinigung und Versorgung von künstlich geschaffenen Ausgängen (Urostoma, Anuspraeter) 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 zeitlichem und sachlichem 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 Aufforderungen zur bedarfsgerechten Aufnahme der Nahrung in fester, breiiger und flüssiger Form (Essen und Trinken), die eine Überwachung und/oder Erledigungskontrolle erfordern, 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

Das Aufstehen stellt einen körperlichen Bewegungsvorgang dar, der den Zweck hat, aus einer liegenden Position im Bett in eine stehende oder sitzende Position z.B. in einen Rollstuhl/Toilettenstuhl zu gelangen. 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. Hierunter ist jedes Aufstehen und Zubettgehen im Zusammenhang mit den individuellen Ruhe- und Schlafbedürfnissen sowie zu grundpflegerischen Verrichtungen zu verstehen.

Dies umfasst neben der Mobilität auch die eigenständige Entscheidung im Zusammenhang mit Wachen, Ruhen und Schlafen zeitgerecht das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen. Alle notwendigen Hilfestellungen, die der Durchführung dieses körperlichen Bewegungsvorganges dienen, werden als Hilfebedarf berücksichtigt.

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 im unmittelbaren 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

Unter Umlagern sind Maßnahmen zu verstehen, die der Einnahme einer gegenüber der Ausgangsposition veränderten Lage im Bett oder an einem anderen Ort (z.B. im Lagerungsrollstuhl) mit dem Ziel dienen, diese Position über einen längeren Zeitraum einzunehmen und damit schädlichen Folgen eines dauernden Liegens in gleicher Position vorzubeugen.

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 für das Umlagern 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. Sofern der Pflegebedürftige z.B. nach der Körperpflege und/oder dem Wechsel von Inkontinenzprodukten in einer neuen adäquaten Liegeposition gelagert wird, wird nur der auf die Lagerungsmaßnahmen entfallende Hilfebedarf der Verrichtung „Aufstehen/Zu-Bett-Gehen“ zugeordnet.

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. Vollständiges An- bzw. Auskleiden fällt in der Regel 2 x täglich, also morgens und abends an. Beim Mittagsschlaf ist in der Regel nur eine Teilentkleidung notwendig. Zusätzliche (Teil-) Kleidungswechsel, z.B. zur Physiotherapie, wegen starkem Schwitzen oder Verschmutzung der Kleidung beim Essen, Erbrechen oder Einnässen, werden im notwendigen Umfang berücksichtigt, wenn diese regelmäßig mindestens 1 x wöchentlich und auf Dauer, mindestens für sechs Monate anfallen. Auch der notwendige Hilfebedarf beim An- und Auskleiden im Zusammenhang mit berücksichtigungsfähigen Anlässen des Verlassens und Wiederaufsuchens der Wohnung, so etwa der Hilfebedarf beim An- und Auskleiden, z.B. im Rahmen eines Arztbesuches oder einer Therapie, wird hier berücksichtigt, es sei denn,

das An- und Auskleiden fällt während der aus anderen Gründen notwendigen Warte- und Begleitzeit an.

Nicht berücksichtigungsfähig sind aber Kleidungswechsel im Zusammenhang mit Freizeitbeschäftigungen wie Sport, Unterhaltung, Bildung oder mit Schule oder Erwerbstätigkeit.

Das komplette An- und Auskleiden betrifft sowohl den Ober- als auch den Unterkörper. Daneben kommen aber auch Teilbekleidungen und Teilkleidungen 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, beinhaltet also ggf. das Aufstehen und Hinsetzen.

Gehen bedeutet bei Rollstuhlfahrern das Fortbewegen mit Hilfe 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, podologische Therapie. Ein Hilfebedarf beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung wird berücksichtigt, wenn dieser regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) und auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs 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 sechs Monate berücksichtigungsfähige Maßnahmen anfallen.

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

- Leistungen der 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 der 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 der 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)
- der Beteiligung an einer klinischen Arzneimittelstudie. Die klinische Prüfung von noch nicht zugelassenen Arzneimitteln gilt nicht als Behandlungsmethode i.S. des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

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.

Im Zusammenhang mit berücksichtigungsfähigen Anlässen des Verlassens und Wiederaufsuchens der Wohnung wird der Hilfebedarf beim Gehen, Stehen und Treppensteigen außerhalb der Wohnung bewertet. Dabei ist auch die Verkehrssicherheit zu beachten. Es werden die notwendigen Hilfeleistungen angerechnet, unabhängig davon, wer diese erbringt bzw. ob die Kosten von einem Sozialleistungsträger getragen werden (z.B. Hilfe beim Treppensteigen, Ein- oder Aussteigen durch den Taxifahrer oder durch das Personal bei Krankenfahrten).

Fahrzeiten werden dann berücksichtigt, wenn während der Fahrt Beaufsichtigungsbedarf besteht und deshalb eine kontinuierliche Begleitung des Pflegebedürftigen erforderlich ist. Dies gilt unabhängig davon, ob z.B. ein privater PKW, öffentliche Verkehrsmittel oder ein Taxi benutzt werden. Fahrzeiten werden auch dann berücksichtigt, wenn die Anwesenheit der Begleitperson beim Arzt oder bei der Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien zur Sicherstellung der Behandlung erforderlich ist.

Zusätzlich zu den ggf. berücksichtigten Fahrzeiten werden die zwangsläufig anfallenden Warte- und Begleitzeiten der Begleitperson angerechnet, wenn sie dadurch zeitlich und örtlich gebunden ist. Bei Kindern und Personen mit mindestens erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz kann die Notwendigkeit der Begleitung beim Arzt zur Durchführung therapeutischer Zwecke oder der Begleitung bei Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien in der Regel 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.

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.

§ 15 SGB XI **Stufen der Pflegebedürftigkeit**

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

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

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

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

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

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

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).

(4) Liegen die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe für mindestens sechs Monate vor und ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass sich der Hilfebedarf z.B. durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen pflegestufenrelevant verringert, kann auf Empfehlung des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters die Zuordnung zur Pflegestufe befristet werden (vgl. Ziffer 3 zu § 33 SGB XI).

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 Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger 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 wöchentlich 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 Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger 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 wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

(4) Pflegestufe III - Schwerstpflegebedürftigkeit:

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der konkrete Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (Rund-um-die-Uhr). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger 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 haus-

wirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich 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.

Schwerstpflegebedürftigkeit mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand liegt vor, wenn neben dem Hilfebedarf der Pflegestufe III zusätzlich ständig Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist und eines der beiden nachfolgenden Merkmale erfüllt ist:

- Die Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ist mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen.

oder

- Die Grundpflege kann für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden. Das zeitgleiche Erbringen der Grundpflege des Nachts durch mehrere Pflegekräfte ist so zu verstehen, dass wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegekraft, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z.B. Angehörige), tätig werden muss.

Grundlage für die Feststellung des außergewöhnlich hohen Pflegeaufwands sind die Härtefall-Richtlinien.

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 weitergehender Leistungsanspruch in Abhängigkeit von der Pflegestufe besteht.

§ 17 SGB XI Richtlinien der Pflegekassen

(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).

§ 18 SGB XI

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter 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 oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben 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 oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. 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,
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

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 oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 des Familienpflegezeitgesetzes

vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von den Pflegekassen beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. 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 oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

(3a) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen, oder
2. wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3.

(4) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, 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 Versicher-

ten 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 oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern 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 oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis seiner oder ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter 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. Die Feststellung zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. 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. Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

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 oder des von ihr beauftragten Gutachters 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 oder durch einen von ihr beauftragten Gutachter zu veranlassen. Ausnahmsweise kann die Einschaltung des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters unterbleiben, wenn die An-

spruchsvoraussetzungen 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 oder dem von ihr beauftragten Gutachter 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 sowie die von den Pflegekassen beauftragten Gutachter verbindlich.

(4) Der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter sollen 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 oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter 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 oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter 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 Pflegekasse hat dem Antragsteller fünf Wochen nach Antragseingang die Entscheidung über seinen Antrag mitzuteilen. 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 oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters vor. So ist die Begutachtung durch den MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters 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 oder
- mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz vereinbart wurde.

Diese Frist kann in regionalen Vereinbarungen verkürzt werden. Befindet sich der Versicherte in einem Hospiz oder wird ambulant palliativ versorgt, gilt ebenfalls 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 oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz vereinbart wurde. In diesen Fällen ist es umso wichtiger, dass die Pflegekasse dem MDK oder dem von ihr beauftragten Gutachter 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. Das Gutachten nach Aktenlage hat nach den Bestimmungen der Begutachtungsrichtlinien zu erfolgen. 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 oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter 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 oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter, 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. Im Weiteren hat der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter zu erfassen, ob der Antragsteller die Übermittlung des Gutachtens wünscht.

Sofern der Träger der Sozialhilfe zur Prüfung der Leistungspflicht nach § 61 Abs. 1 SGB XII das Gutachten des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters 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 oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter ist in angemessenen Zeitabständen auf der Grundlage der Empfehlung des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters 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 oder dem von der Pflegekasse beauftragtem Gutachter 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 oder dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter 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 oder dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter 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 oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter 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. Beauftragung unabhängiger Gutachter

Die Pflegekasse kann zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe sowohl den MDK als auch unabhängige Gutachter beauftragen. Das Nähere zur Beauftragung von unabhängigen Gutachtern, insbesondere zu den Anforderungen an die Qualifikation, deren Unabhängigkeit, das Verfahren und die Qualitätssicherung, sind bis zum 31.03.2013 vom GKV-Spitzenverband in einer Richtlinie verbindlich für die Pflegekassen zu regeln.

Ist innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt, ist die Pflegekasse ab dem 01.06.2013 verpflichtet, einen unabhängigen Gutachter zu beauftragen.

Bei Beauftragung von unabhängigen Gutachtern hat die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen. Dabei ist die Qualifikation der benannten Gutachter mitzuteilen und auf deren Unabhängigkeit hinzuweisen. Hat sich der

Antragsteller für einen der benannten Gutachter entschieden, so hat die Pflegekasse seinem Wunsch Rechnung zu tragen. Teilt der Antragsteller der Pflegekasse seine Entscheidung nicht innerhalb von einer Woche ab Kenntnis der Gutachternamen mit, so kann die Pflegekasse einen der benannten Gutachter beauftragen.

7. 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 oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter 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. Diese Feststellungen sind in einer gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. 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).

8. Fristüberschreitung

(1) Die Pflegekasse ist zur unverzüglichen Zahlung von 70,00 EUR für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung an den Antragsteller verpflichtet, sofern sie den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags erteilt oder eine der in § 18 Abs. 3 SGB XI genannten verkürzten Begutachtungsfristen (eine bzw. zwei Wochen) nicht eingehalten hat. Die Zahlungspflicht entsteht, wenn der Antrag des Versicherten mit oder nach dem 30.10.2012 bei der Pflegekasse eingegangen ist. Sie gilt nicht für Wiederholungs- oder Widerspruchsgutachten und befristete Leistungsbewilligungen oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Die Fristberechnung erfolgt auf der Grundlage des § 26 SGB X i.V.m. den §§ 187 ff BGB. Die Frist beginnt am Tag nach Eingang des Antrags und endet nach einer, zwei oder fünf Wochen. Fällt der Tag des Fristablaufs auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, läuft die Frist am darauf folgenden Werktag ab.

Beispiel 1

Eingang des Antrags bei Pflegekasse	am 03.12.2012
Fristbeginn	am 04.12.2012
Fristende	am 07.01.2013

Ergebnis:

Die Frist beginnt am 04.12.2012, also am Tag nach Eingang des Antrages des Versicherten bei seiner Pflegekasse, und endet am Montag, den 07.01.2013.

Beispiel 2

Eingang des Antrags bei Pflegekasse	am 20.11.2012
Fristbeginn	am 21.11.2012
Fristende	am 27.12.2012

Ergebnis:

Die Frist beginnt einen Tag nach Eingang des Antrages des Versicherten bei seiner Pflegekasse und damit am 21.11.2012. Die 5-Wochen-Frist zur Erteilung des Bescheides würde demnach am 25.12.2012 enden. Da es sich hierbei um einen gesetzlichen Feiertag handelt, läuft die Frist am darauf folgenden Werktag den 27.12.2012 ab.

(2) Der Bescheid über den Antrag muss innerhalb der 5-Wochen-Frist erteilt werden.

Beispiel 3

Eingang des Antrags bei Pflegekasse	am 04.12.2012
Fristbeginn	am 05.12.2012
Bescheiderteilung	am 10.01.2013
Fristende	am 08.01.2013

Ergebnis:

Die Pflegekasse hätte den Bescheid über den Antrag des Versicherten bis spätestens zum 08.01.2013 erteilt haben müssen. Da der Bescheid jedoch am 10.01.2013 erteilt wurde, hat die Pflegekasse die 5-Wochen-Frist überschritten. Da sie die Verzögerung zu vertreten hat, ist sie zur Zahlung von 70,00 EUR verpflichtet.

(3) Die Zahlungspflicht besteht nur gegenüber dem Antragsteller. Antragsteller ist immer der Versicherte, der den Antrag gestellt hat oder für den der Antrag von einem Dritten als Vertreter gestellt wurde. Der Begriff des Antragstellers wird auch an anderer Stelle im XI. Buch des Sozialgesetzbuches - z.B. in § 18 Abs. 2 Satz 1 SGB XI - synonym für die Versicherten verwendet, die den Anspruch geltend machen oder für die er geltend gemacht wurde.

Die Zahlung wegen Fristüberschreitung ist keine „Pflegeleistung“ im Sinne des SGB XI. Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte erhalten daher die Zahlung wegen Fristüberschreitung in voller Höhe. Weil es sich bei der Zusatzzahlung nicht um eine Leistung der Pflegeversicherung nach § 28 SGB XI handelt, kann sie nicht Gegenstand der Sonderrechtsnachfolge nach § 56 SGB I oder der Vererbung nach § 58 SGB I werden.

Die Frist zur Entscheidung über die Bewilligung von Leistungen der Pflegekasse nach § 18 Abs. 3b SGB XI beginnt mit dem Tag nach Eingang des Antrags. Die Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung sind bei der Pflegekasse zu stellen (§ 33 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 1 Abs. 3 SGB XI). Antragsberechtigt ist der Versicherte bzw. ein von ihm Bevollmächtigter, sein Betreuer oder gesetzlicher Vertreter (vgl. Ziffer 1 zu § 33 SGB XI).

Die Zahlungspflicht entsteht auch, wenn eine der unter Ziffer 2 Abs. 1 genannten verkürzten Begutachtungsfristen überschritten wird. Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang des Gutachtens des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters die Entscheidung schriftlich mitzuteilen.

Beispiel 4

Teil 1

Der Versicherte befindet sich im Krankenhaus und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 12.11.2012
Fristbeginn	am 13.11.2012
Fristende	am 19.11.2012
Begutachtung	am 21.11.2012

Ergebnis:

Aufgrund des Aufenthaltes im Krankenhaus und der Ankündigung der Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson gilt die verkürzte Begutachtungsfrist von einer Woche. Die Frist beginnt einen Tag nach Eingang des Antrags des Versicherten am 13.11.2012 und endet am 19.11.2012. Die Begutachtung durch den MDK erfolgt erst am 21.11.2012 und damit nicht innerhalb der 1-Wochen-Frist. Da die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat, ist sie zur Zahlung von 70,00 EUR verpflichtet.

Teil 2

Wie in Teil 1 befindet sich der Versicherte im Krankenhaus und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt. Der Antrag geht am 12.11.2012 bei der Pflegekasse ein. Die Begutachtung durch den MDK erfolgt am 16.11.2012. Das Gutachten ging bei der Pflegekasse am 22.11.2012 ein. Am 26.11.2012 wird dem Versicherten der Bescheid über den Antrag erteilt.

Ergebnis:

Wie in Teil 1 gilt die verkürzte Begutachtungsfrist von einer Woche. Der Beginn der Frist zur Begutachtung ist am 13.11.2012, einen Tag nach Antragseingang bei der Pflegekasse. Der Leistungsbescheid wird zwar erst am 26.11.2012 erteilt, da das Gutachten am 22.11.2012 bei der Pflegekasse einging. Die Begutachtung erfolgte jedoch am 16.11.2012 und damit innerhalb der 1-Wochen-Frist. Weil keine Fristüberschreitung vorliegt, besteht keine Zahlungspflicht der Pflegekasse nach § 18 Abs. 3b SGB XI.

(4) Die Pflegekasse ist verpflichtet, für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung eine Zusatzzahlung zu leisten. Die Verpflichtung zur Leistung der Zusatzzahlung beginnt am Tag nach Ablauf der Fristen nach § 18 Abs. 3 SGB XI. Wenn das Ende der Wochenfrist (der Zeitraum nach Ablauf der 1-, 2- oder 5-Wochen-Frist) auf einen Feiertag fällt, führt es nicht zu einer Fristverlängerung auf den nächsten Werktag.

Beispiel 5

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 20.03.2013
Fristbeginn	am 21.03.2013
Fristende	am 24.04.2013
Fristbeginn 1. Woche der Fristüberschreitung	am 25.04.2013
Fristende 1. Woche der Fristüberschreitung	am 01.05.2013
Fristbeginn 2. Woche der Fristüberschreitung	am 02.05.2013
Fristende 2. Woche der Fristüberschreitung	am 08.05.2013
Bescheiderteilung	am 06.05.2013

Ergebnis:

Die Pflegekasse hat den Bescheid nicht innerhalb von fünf Wochen erteilt, so dass eine Fristüberschreitung eingetreten ist. Die 1. Woche der Fristüberschreitung endet am 01.05.2013. Zwar handelt es sich beim 01.05.2013 um einen Feiertag, unabhängig davon beginnt die 2. Woche der Fristüberschreitung am 02.05.2013 und endet am 08.05.2013. Die Erteilung des Bescheides erfolgte am 06.05.2013 und damit innerhalb der 2. Woche der Fristüberschreitung. Die Pflegekasse ist zu einer Zahlung von insgesamt 140,00 EUR für zwei Wochen nach Fristüberschreitung verpflichtet.

(5) Die Zahlungspflicht entfällt, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Das Vorliegen eines Verzögerungsgrundes, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, reicht für das Entfallen der Zahlungspflicht aus.

Eine Vielzahl von Verzögerungsgründen ist möglich. Damit die Zahlungspflicht entfällt, muss der Verzögerungsgrund nicht von der Pflegekasse zu vertreten sein. Das ist insbesondere der Fall, wenn die Pflegekasse die fehlende Mitwirkungspflicht des Versicherten nach § 60 SGB I festgestellt hat. Nach § 60 SGB I ist der Versicherte verpflichtet

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen der Pflegekasse der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen der Pflegekasse Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Soweit für die Erhebung der in Punkt 1 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

Zu den notwendigen Angaben für die Leistungsentscheidung gehört u.a. die Mitteilung, welche Leistung beantragt wird. Die Einwilligung des Versicherten zur Auskunftserteilung nach § 18 Abs. 4 SGB XI ist erforderlich, wenn die behandelnden Ärzte, insbesondere die Hausärzte, einbezogen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit eingeholt werden sollen. Dabei ist der Versicherte auf den Zweck der vorgesehenen Verarbeitung oder Nutzung sowie auf die Folgen der Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen (§ 67b Abs. 2 Satz 1 SGB X). Die Einwilligung und der Hinweis bedürfen gem. § 67b Abs. 2 Satz 3 SGB X der Schriftform.

Des Weiteren können Verzögerungsgründe im Rahmen der Pflegebegutachtung auftreten, die die Pflegekasse nicht zu vertreten hat. Dabei können z.B. folgende Verzögerungsgründe auftreten:

- der Antragsteller befindet sich zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin im Krankenhaus oder einer vollstationären Rehabilitations-Einrichtung
- der Antragsteller befindet sich von Fristbeginn bis auf unbestimmte Zeit im Krankenhaus oder einer vollstationären Rehabilitations-Einrichtung. Daher ist eine Vereinbarung eines Begutachtungstermins im häuslichen Bereich nicht möglich.
- der Antragsteller muss den angekündigten bzw. vereinbarten Termin wegen eines wichtigen Behandlungstermins absagen

- der angekündigte bzw. vereinbarte Termin wurde von dem Antragsteller aus sonstigen Gründen abgesagt
- der Antragsteller ist zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin verzogen
- der Antragsteller wurde zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin nicht angetroffen
- der Wohnsitz des Antragstellers ist nicht im Inland, der Hausbesuch musste abgebrochen werden wegen Verständigungsschwierigkeiten (z.B. Muttersprache).

§ 18a SGB XI
Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

(1) Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter zu und nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt.

(2) Die Pflegekassen berichten für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu wird insbesondere Folgendes gemeldet:

- 1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten Gutachter für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,*
- 2. die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Abs. 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches*
- 3. die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger einschließlich der Gründe für Ablehnungen sowie die Anzahl der Widersprüche und*
- 4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.*

Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Meldeverfahren und die Inhalte entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Der Verband hat die aufbereiteten Daten der landesunmittelbaren Versicherungsträger auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen auf Verlangen zuzuleiten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht auf Basis der gemeldeten Daten sowie sonstiger Erkenntnisse jährlich einen Bericht bis zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

1. Allgemeines

Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters zuzuleiten und hierzu umfassend und begründet Stellung zu nehmen, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Die Information hat spätestens mit der Mitteilung über die Leistungsentscheidung zu erfolgen. Grundlage der Information des Antragstellers sind die dokumentierten Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation und den Rehabilitationsempfehlungen (§ 18 Abs. 6 Satz 3 SGB XI), des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters. Diese Feststellungen werden im Rahmen der Pflegebegutachtung getroffen.

Die Pflegekasse ist neben der Übermittlung der gesonderten Rehabilitationsempfehlung verpflichtet, dem Antragsteller die Feststellungen des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters zu erläutern. Hierzu gehört die Information, ob und welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den Empfehlungen des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters erfolgsversprechend und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Der MDK oder der beauftragte Gutachter informiert dafür in seiner Stellungnahme, ob Empfehlungen für die Durchführung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen werden. Dabei sollen Zuweisungsempfehlungen und Empfehlungen zur Durchführung ausgesprochen werden. Werden keine Empfehlungen zur Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen, sollen Angaben zu den Gründen getroffen werden. Dies kann beispielsweise das Abwarten der Wirkung einer abgeschlossenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme oder das Nichtvorliegen der Rehabilitationsfähigkeit des Antragstellers sein. Auch im Falle einer negativen Rehabilitationsempfehlung ist der Antragsteller zu informieren.

Gleichzeitig hat die Pflegekasse den Antragsteller darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren eingewilligt hat (zum Antragsverfahren vgl. § 31 SGB XI).

§ 28 SGB XI **Leistungsarten, Grundsätze**

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

- 1. Pflegesachleistung (§ 36),*
- 2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),*
- 3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),*
- 4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),*
- 5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 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,*
- 15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a).*

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

(1b) Bis zum Erreichen des in § 45e Abs. 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45e Abs. 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen. Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Anspruch auf verbesserte Pflegeleistungen nach (§ 123).

(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 bis 1b 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, 45b, 45e, 91 und 123 SGB XI.

2. Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte

(1) Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte erhalten von ihren Dienstherren 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, 45b, 45e und § 123 SGB XI (seit 01.01.2013) zustehenden Leistungen nur zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen (vgl. § 28 Abs. 2 SGB XI). Für Beihilfeempfänger besteht lediglich Anspruch auf die Hälfte des Vergütungszuschlages nach § 87b SGB XI sowie der Bonuszahlung nach § 87a Abs. 4 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.

§ 29 SGB XI **Wirtschaftlichkeitsgebot**

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

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

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, 123 und 124 SGB XI (ausgenommen die nach den §§ 37 Abs. 1, 38a 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.

§ 30 SGB XI Dynamisierung

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 Brutto Lohnentwicklung 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.

§ 31 SGB XI

Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

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

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

(3) Wenn eine Pflegekasse 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 oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter 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 Re-

habilitationsbedarf 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, den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter 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 umfangreichen 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.

§ 32 SGB XI

Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

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

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

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.

§ 33 SGB XI

Leistungsvoraussetzungen

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

(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.

Stellt ein Anspruchsberechtigter ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 Abs. 2 SGB XI) einen Antrag auf Pflegeleistungen mindestens der Pflegestufe I, handelt es sich hierbei um einen Höherstufungsantrag mit der Folge, dass auch hier § 48 SGB X Beachtung findet. Gleiches gilt im Rahmen einer Antragstellung eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe I oder II, welcher die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 45a SGB XI und somit höhere Leistungen im Sinne des § 123 SGB XI beantragt.

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	<u>01.03.</u>
---	---------------

Hinsichtlich der Konsequenzen für den vollstationären Bereich vgl. auch Ausführungen zu Ziffer 10 und 11 zu § 43 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 oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter 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. Ziffer 6 zu § 18 SGB XI, Ziffer 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 Vorversicherungszeiten	01.07.2010 01.01.1995 bis 30.06.1997 01.11.2006 bis fortlaufend
Pflegebedürftigkeit liegt seit Antragstellung vor	
Rahmenfrist	01.07.2000 bis 30.06.2010 = 10 Jahre
Anzurechnende Vorversicherungszeiten vom	01.11.2006 bis 30.06.2010 = 3 Jahre, 8 Monate
erforderliche Vorversicherungszeit	2 Jahre
Leistungsanspruch:	ja

Beispiel 2

Teil 1:

**Antrag auf Pflegeleistungen am
Vorversicherungszeiten**

01.05.2008
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
Leistungsanspruch:**

5 Jahre
nein

Teil 2:

**erneuter Antrag auf Pflegeleistungen am
Vorversicherungszeiten**

01.07.2008
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
Leistungsanspruch:**

2 Jahre
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.

§ 33a SGB XI Leistungsausschluss

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.

§ 34 SGB XI

Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

- 1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,*
- 2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen 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.*

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(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 Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten 4 Wochen hinaus weitergezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a 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. Dies gilt seit 01.01.2013 auch für das Pflegegeld nach § 123 SGB XI. Für die Pflegesachleistungen nach §§ 36 und 123 SGB XI 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). Diese Regelung gilt weltweit.

Bei Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI sowie der seit 01.01.2013 bestehende Anspruch auf Pflegegeld nach § 123 SGB XI nicht. Diese Regelung hat insbesondere bei Aufenthalten, die über sechs Wochen hinausgehen, Bedeutung.

(2) Näheres zu den Anspruchsvoraussetzungen zu den Leistungen nach dem SGB XI bei Auslandsaufenthalt ist dem als Anlage 5 beigefügten Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt vom 17.04.2013 zu entnehmen.

(3) 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 eine freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird.

2. Bezug von Entschädigungsleistungen

2.1 Allgemeines

(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.

Die nachfolgenden Ausführungen sind auch auf die anderen Entschädigungsleistungen nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung, aus der Unfallversorgung nach öffentlichem Dienstrecht oder aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung anzuwenden.

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 und § 123 SGB XI höher, ist der Differenzbetrag von der Pflegekasse zu erbringen (vgl. Ziffer 3 Abs. 2 zu § 38 SGB XI).

(3) Die Ruhensbestimmungen des § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI gelten nicht in Bezug auf die (nachrangigen) Leistungen der Kriegsfürsorge (z.B. die Hilfe zur Pflege nach § 26c BVG, Wohnungshilfe nach § 27c BVG).

2.2 Leistungen bei häuslicher Pflege, teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege

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: 01.07.2012) in Höhe von 683,00 EUR

In dem Zeitraum vom 19.11. bis 13.12.2012 (25 Kalendertage) wird in einer stationären Pflegeeinrichtung Ersatzpflege erbracht. Hierfür stellt die stationäre Pflegeeinrichtung für 25 Tage Ersatzpflege (= pflegebedingte Aufwendungen) einen Betrag in Höhe von 1.566,75 EUR in Rechnung.

Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht vom 01.11. bis 19.11.2012 (19 Tage) und vom 13.12. bis 31.12.2012 (19 Tage) in Höhe von 557,33 EUR (19/30 von 440,00 EUR x 2). In der Zeit vom 20.11. bis 12.12.2012 (23 Kalendertage) besteht, während der Ersatzpflege ein Anspruch auf hälftiges Pflegegeld in Höhe von 168,67 EUR (50 v. H. von 440,00 EUR = 220,00 EUR x 23 : 30 = 168,67 EUR).

Das Pflegegeld in Höhe von insgesamt 726,00 EUR (557,33 EUR + 168,67 EUR) plus der Anspruch auf die Ersatzpflege in Höhe von 1.550,00 EUR (= 2.276,00 EUR) sind der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 4 BVG für den Zeitraum vom 01.11.2012 bis 31.12.2012 in Höhe von 2.932,75 EUR (683,00 EUR x 2 + 1.566,75 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 01.10.2012 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45a SGB XI und erhält bis zu 100,00 EUR monatlich (Grundbetrag) nach § 45b SGB XI.

Pflegesachleistung	1.100,00 EUR x 12 = 13.200,00 EUR
Zusätzliche Betreuungsleistung	100,00 EUR x 3 = <u>300,00 EUR</u>
Gesamte Leistung nach dem SGB XI	13.500,00 EUR

Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe IV

(Stand: 01.01.2012) in Höhe von 857,00 EUR x 6 = 5.142,00 EUR

(Stand: 01.07.2012) in Höhe von 876,00 EUR x 6 = 5.256,00 EUR

Gesamte Pflegezulage nach § 35 BVG = 10.398,00 EUR

Da die Leistungen nach dem SGB XI höher sind als die Pflegezulage nach § 35 BVG kann der Pflegebedürftige die Differenz in Höhe von 3.102,00 EUR von seiner Pflegekasse beanspruchen.

Ändert sich die Höhe der gewährten Entschädigungsleistungen, z.B. aufgrund einer Anpassung der Pflegezulage (Dynamisierung oder der Zuordnung des Pflegebedürftigen zu einer anderen Pflegestufe nach § 35 BVG), ist der Vergleich der Leistungen nach dem SGB XI mit der Pflegezulage nach § 35 BVG neu zu berechnen. Dies gilt sinngemäß auch im Falle einer Änderung der Leistungsansprüche des Pflegebedürftigen nach dem SGB XI. Bei der Neuberechnung wird auf das gesamte Kalenderjahr abgestellt.

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. Die Pflegekasse hat somit zur Feststellung der Pflegestufe und zur Überprüfung des Zeitaufwandes der Pflegeperson den MDK oder den von ihr beauftragten Gutachter einzuschalten. Unberührt bleibt auch der Anspruch auf die Leistungen nach § 45 SGB XI.

2.3 Leistungen bei vollstationärer Pflege

Werden die Kosten einer vollstationären Dauerpflege nach § 35 Abs. 6 BVG übernommen, so schließt dies neben den Aufwendungen für die notwendige Pflege auch die Kosten der Unterkunft und Verpflegung sowie der Betreuung des Beschädigten ein. Für Beschädigte mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung erstreckt sich die Kostenübernahme nach § 35 Abs. 6 BVG außerdem auf die zusätzliche Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b SGB XI (Vergütungszuschlag). Von daher

kommt die Zahlung eines Vergütungszuschlages nach § 87b SGB XI durch die Pflegekassen in diesen Fällen nicht in Betracht. Zudem können Pflegebedürftige keine Leistungsansprüche gegenüber der Pflegekasse begründen, wenn sie nach § 56 Abs. 4 SGB XI beitragsfrei sind.

Sofern Beschädigte, die sich auf Dauer in einer vollstationären Pflegeeinrichtung aufhalten, eine Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG erhalten, ist eine Vergleichsberechnung der Leistungsansprüche nach dem BVG und dem SGB XI analog dem Beispiel 2 zu Ziffer 2.2 vorzunehmen. Dabei ist neben den Leistungen nach § 43 SGB XI ggf. auch der Vergütungszuschlag nach § 87b SGB XI zu berücksichtigen.

3. Bezug von häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung oder Vorsorge- und 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 oder Vorsorge (z.B. der gesetzlichen KV oder RV) ruht der Leistungsanspruch der häuslichen Pflege nach den §§ 36 bis 38, 39, 40 und 123 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).

(2) Bei Durchführung einer

- vollstationären Krankenhausbehandlung,
- stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation (bis 27.12.2012),
- Maßnahme in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V (seit 28.12.2012) sowie
- häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V

erfolgt für die ersten vier Wochen keine Kürzung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI, des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI oder des Pflegegeldes nach § 123 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 Leistungs-

ansprüche 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. Seit 28.12.2012 gilt die in Bezug auf die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation getroffene Aussage durch das Inkrafttreten des Assistenzpflegebedarfsgesetzes nur noch für Maßnahmen in Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V. Darüber hinaus wurde die Weiterzahlung des Pflegegeldes auch auf Maßnahmen in Vorsorgeeinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V ausgeweitet. Sofern die Pflegebedürftigkeit während der vollstationären Krankenhausbehandlung/stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation/Vorsorge 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.

(3) Seit dem 05.08.2009 entfällt die zeitliche Beschränkung der Weiterzahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI oder des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI während des Bezuges von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V, einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation nach § 34 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz SGB XI bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte (Assistenzkräfte) sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII Anwendung findet. Seit 28.12.2012 gilt die in Bezug auf die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation getroffene Aussage durch das Inkrafttreten des Assistenzpflegebedarfsgesetzes nur noch für Maßnahmen in Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V. Darüber hinaus wurde die Weiterzahlung des Pflegegeldes auch auf Maßnahmen in Vorsorgeeinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V ausgeweitet. Ziel der Regelung ist es, pflegebedürftigen Menschen auch im Interesse der von ihnen im sogenannten Arbeitgebermodell beschäftigten Pflegekräften Planungssicherheit hinsichtlich des Bestandes des Beschäftigungsverhältnisses bei Erkrankung der Pflegebedürftigen zu geben.

Voraussetzung für die Weiterzahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI, des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI oder des Pflegegeldes nach § 123 SGB XI ist neben den in § 34 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz SGB XI genannten Voraussetzungen die Anwendbarkeit von § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII. Die Verweisung von Pflegebedürftigen auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem SGB XI durch den Träger der Sozialhilfe wird durch § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII ausgeschlossen, wenn diese ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte Pflegekräfte sicherstellen. Er ist nur anwendbar, wenn der Sozialhilfeträger bei Sicherstellung der Pflege im Rahmen eines Arbeitgebermodells gem. § 65 Abs. 1 SGB XII an den Kosten beteiligt ist. Werden die Kosten des sogenannten Arbeitgebermodells ganz oder teilweise von der Sozialhilfe getragen (§ 65 Abs. 1 SGB XII), besteht nicht nur ein Anspruch auf Weiterzahlung des Pflegegeldes (§ 34 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz SGB XI) sondern auch der Anspruch auf Leistungen zur häuslichen Pflege gegen den Sozialhilfeträger fort (§ 63 Satz 3 und 4 SGB XII). Der Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes besteht nur, sofern § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII Anwendung findet. Pflegebedürftige, die zur Sicherstellung der Pflege im Rahmen eines Arbeitgebermodells keine Leistungen des Sozialhilfeträgers nach § 65 Abs. 1 SGB XII beziehen, haben keinen Anspruch auf Weiterzahlung des Pflegegeldes nach § 34 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz SGB XI.

(4) Der Bezug häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Behandlungspflege) führt nicht zum Ruhen der Leistungen nach den §§ 36 bis 39 und 123 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).

(5) Zum Ruhen der Leistungen nach den §§ 36 bis 38, 39 und 123 SGB XI bei Bezug von Haushaltshilfe wird auf die Hinweise in § 13 SGB XI, zu Ziffer 2, verwiesen.

§ 35 SGB XI

Erlöschen der Leistungsansprüche

Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Buch nichts Abweichendes bestimmt ist. § 19 Abs. 1a des Fünften Buches gilt entsprechend.

1. Allgemeines

Der Anspruch auf die Leistungen nach 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

Bei einem Wechsel der Pflegekasse gilt grundsätzlich, dass Leistungsentscheidungen der bisherigen Pflegekasse mit dem Ende der Mitgliedschaft ihre Gültigkeit verlieren.

Erfolgt der Kassenwechsel jedoch wegen Schließung oder Insolvenz bleiben die Leistungsentscheidungen der bisherigen Pflegekasse auch gegenüber der neuen Kasse gültig. Leistungsentscheidungen der bisherigen Pflegekasse können nur unter denselben Voraussetzungen zurück genommen werden, wie dies bei der bisherigen Pflegekasse der Fall gewesen wäre. Diese Regelung ist rückwirkend zum 01.05.2011 in Kraft getreten.

3. 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.

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

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 bis 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. Allerdings hat der Versicherte die Möglichkeit, mit dem Leistungserbringer im Rahmen des Persönlichen Budgets individuelle Absprachen über die Vergütung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zu treffen, die von den Vereinbarungen nach §§ 89 ff. SGB XI abweichen. Dies sollte mit einem entsprechenden Beratungsangebot der Pflegekassen einhergehen.

§ 36 SGB XI Pflegesachleistung

(1) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. 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). Dieser Anspruch steht seit 01.01.2013 bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, auch Versicherten ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu (vgl. Ziffer 1 zu § 123 SGB XI). Dies gilt auch dann, wenn der Anspruchsberechtigte in einer Altenwohnung oder in einem Altenwohnheim lebt. Hierbei ist es unerheblich, ob der Anspruchsberechtigte 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 Anspruchsberechtigte aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 i.V.m. § 72 SGB XI handelt. In diesem Fall besteht für Pflegebedürftige ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI. Hält sich der Anspruchsberechtigte in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen i. S. des § 71 Abs. 4 SGB XI) auf, siehe Ziffer 12 zu § 43 SGB XI.

Darüber hinaus besteht in den nach § 71 Abs. 4 SGB XI genannten Einrichtungen kein Anspruch auf häusliche Pflege, wenn Anspruchsberechtigte 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 Anspruchsberechtigte 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 Anspruchsberechtigten 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 Anspruchsberechtigte, 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 Anspruchsberechtigte) für sich nutzen. Dabei ist der einzelne Anspruchsberechtigte 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 Anspruchsberechtigten zu nutzen, d. h. die beteiligten Anspruchsberechtigten 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 Anspruchsberechtigten entfallen.

Unter Betreuungsleistungen in diesem Sinne sind solche zu verstehen, wie sie nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI 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.

Seit 01.01.2013 besteht die Möglichkeit häusliche Betreuung in Anspruch zu nehmen, wenn die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt ist (vgl. Ziffer 2 zu § 124 SGB XI).

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 01.07.2008,
 - b) 440,00 EUR ab 01.01.2010,
 - c) 450,00 EUR ab 01.01.2012,

- bei der Pflegestufe II auf
 - a) 980,00 EUR ab 01.07.2008,
 - b) 1.040,00 EUR ab 01.01.2010,
 - c) 1.100,00 EUR ab 01.01.2012,

- bei der Pflegestufe III auf
 - a) 1.470,00 EUR ab 01.07.2008,
 - b) 1.510,00 EUR ab 01.01.2010,
 - c) 1.550,00 EUR ab 01.01.2012,

- in Härtefällen auf 1.918,00 EUR

begrenzt. Bei Versicherten, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, haben sich seit 01.01.2013 die Pflegesachleistungen je Kalendermonat bei der Pflegestufe I um 215,00 EUR auf bis zu 665,00 EUR und bei der Pflegestufe II um 150,00 EUR auf bis zu 1.250,00 EUR erhöht. Für Pflegebe-

dürftige der Pflegestufe III haben sich die Pflegesachleistungen nicht erhöht. Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe erhalten erstmals einen Anspruch auf Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 225,00 EUR (vgl. Ziffer 2 zu § 123 SGB XI).

Die Aufteilung der Beträge auf die einzelnen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie auf die Betreuungsleistungen, und seit 01.01.2013 die häusliche Betreuung, richtet sich nach den konkreten Erfordernissen in der Versorgungssituation des einzelnen Anspruchsberechtigten. 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 und für die häusliche Betreuung vgl. Ziffer 2 zu § 124 SGB XI)). Soweit ein höherer Pflegebedarf besteht, der vom Anspruchsberechtigten 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 Anspruchsberechtigten 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) Pflegebedürftige können die Pflegesachleistung neben der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) und neben einer teilstationären Pflege (§ 41 Abs. 3 SGB XI gilt) in Anspruch nehmen. Nimmt der Pflegebedürftige die Pflegesachleistung sowie die teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) in Anspruch, so ist entsprechend § 41 Abs. 7 SGB XI zunächst die Forderung des ambulanten Pflegedienstes (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI) zu erfüllen (vgl. Ziffer 3.1 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. c) SGB XI ab 01.01.2012 450,00 EUR
- Ab 14.08.2012 ruht der Leistungsanspruch gem. § 34 Abs. 2 SGB XI
- Für die Zeit vom 01.08.2012 bis 13.08.2012 besteht ein Leistungsanspruch für Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 450,00 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. Diese Regelung gilt auch für Anspruchsberechtigte mit Leistungsbezug nach § 123 Abs. 2 SGB XI.

Beispiel 2

Beihilfeberechtigte Pflegebedürftige – Pflegestufe II, Monat August 2012

Höchstbetrag der Pflegesachleistung:	1.100,00 EUR : 2 =	550,00 EUR
Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe III (Stand: 01.07.2012):	683,00 EUR : 2 =	<u>341,50 EUR</u> 208,50 EUR

Ergebnis:

Der Pflegebedürftige kann noch in Höhe von bis zu 208,50 EUR Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen. Nach § 35 Abs. 1 BVG bestehen sechs 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 Pflgetage 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 30.09.2012 (unter Berücksichtigung
der Regelungen für Abwesenheitszeiten) = 731,25 EUR

Leistungen nach § 36 SGB XI
Restanspruch (1.550,00 EUR – 731,25 EUR) = 818,75 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 2012 jeweils von
Freitagabend bis Sonntagabend und in den Ferien
vom 24.08. bis 31.08.2012 = 17 Tage

in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI = 170,00 EUR
(für die Zeit vom 24.08. bis 31.08.2012
berechnet die Einrichtung ein reduziertes
Heimentgelt – sog. "Abwesenheitsvergütung")

Ergebnis:

Dem Pflegebedürftigen kann in Höhe von 930,00 EUR (1.100,00 EUR – 170,00 EUR) die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI zur Verfügung gestellt werden.

(3) Die Höhe des Leistungsanspruchs (ggf. i.V.m. 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 GKV-Spitzenverband. Für die Pflegekasse sind für die Feststellung eines Härtefalles ausschließlich die Härtefall-Richtlinien maßgebend.

§ 37 SGB XI
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

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

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I

- 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. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. 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 pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Quali-

tät der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im 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 pflegefachliche 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 pflegefachliche 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 pflegefachliche 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 4 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.

Ein Versicherter ohne Pflegestufe, der wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllt, hat seit 01.01.2013 Anspruch auf Pflegegeld nach § 123 SGB XI (vgl. Ziffer 1 zu § 123 SGB XI). Da es sich dabei nicht um Pflegebedürftige handelt, kommt es für die Zahlung des Pflegegeldes nicht auf die Sicherstellung der häuslichen Pflege an.

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

(3) Die häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruchsberechtigte in einem Altenwohnheim oder einer Altenwohnung lebt. Hierbei ist es unerheblich, ob der Anspruchsberechtigte 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 Anspruchsberechtigte aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 i.V.m. § 72 SGB XI handelt. In diesem Fall besteht für Pflegebedürftige ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI. Hält sich der Anspruchsberechtigte 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 § 43 SGB XI).

(5) Ist ein anspruchsberechtigter 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 Anspruchsberechtigte 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 Anspruchsberechtigte im Haushalt der Familie aufhält. Dies gilt insbesondere auch für die Ferienzeiten, in denen der Anspruchsberechtigte 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 01.07.2008,
 - b) 225,00 EUR ab 01.01.2010,
 - c) 235,00 EUR ab 01.01.2012,

- in der Pflegestufe II
 - a) 420,00 EUR ab 01.07.2008,
 - b) 430,00 EUR ab 01.01.2010,
 - c) 440,00 EUR ab 01.01.2012,

- in der Pflegestufe III
 - a) 675,00 EUR ab 01.07.2008,
 - b) 685,00 EUR ab 01.01.2010,
 - c) 700,00 EUR ab 01.01.2012.

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

Seit 01.01.2013 hat sich das Pflegegeld nach § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI für Pflegebedürftige der Pflegestufe I und II, die wegen erheblicher eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, erhöht. Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I hat sich das Pflegegeld um 70,00 EUR auf 305,00 EUR, für Pflegebedürftige der Pflegestufe II um 85,00 EUR auf 525,00 EUR erhöht. Eine Erhöhung des Pflegegeldes für Pflegebedürftige der Pflegestufe III erfolgte nicht. Versicherte ohne Pflegestufe, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, erhalten neben den Leistungen nach § 45b SGB XI Pflegegeld in Höhe von 120,00 EUR. Dieser Anspruch besteht bis zum Inkrafttreten eines neuen Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt.

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 21.08.2012:

Pflegegeld für August = $\frac{700,00 \text{ EUR} \times 11}{30} = 256,67 \text{ EUR}$

Beispiel 2

Pflegegeld in der Pflegestufe III ab 31.08.2012:

Pflegegeld ist für den 31.08. zu zahlen $(700,00 \text{ EUR} \times 1 : 30) = 23,33 \text{ EUR}$

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 4-Wochen-Frist beginnt mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung setzt die Leistung mit dem Entlassungstag wieder ein. Seit 28.12.2012 gilt die in Bezug auf die stationären Leistungen zur Rehabilitation getroffene Aussage durch das Inkrafttreten des Assistenzpflegebedarfsgesetzes nur noch für Maßnahmen in Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V. Darüber hinaus wurde die Weiterzahlung des Pflegegeldes auch auf Maßnahmen in Vorsorgeeinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V ausgeweitet.

Entsprechend der Verfahrensweise bei vollstationärer Krankenhausbehandlung/stationärer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder Vorsorge in Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V 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 oder die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz während der vollstationären Krankenhausbehandlung/stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder Vorsorge festgestellt wird und auch erst ab diesem Zeitpunkt vorliegt, kann eine

Zahlung des Pflegegeldes erst ab dem Tag vorgenommen werden, ab dem sich der Anspruchsberechtigte wieder in seiner häuslichen Umgebung befindet.

Beispiel 1

Pflegegeld in der Pflegestufe III

vollstat. Krankenhausbehandlung

vom 21.02. bis 25.03.2012

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 19.03.2012. Für den Monat Februar 2012 ist ein Pflegegeld in Höhe von 700,00 EUR zu zahlen. Für die Zeit vom 01.03.2012 bis 19.03.2012 (19 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Vom 20.03.2012 bis 24.03.2012 ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Vom 25.03.2012 bis 31.03.2012 (7 Tage) wird wieder Pflegegeld geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 606,67 EUR (26/30 von 700,00 EUR) ausgezahlt.

Beispiel 2

Pflegegeld in der Pflegestufe III

vollstat. Krankenhausbehandlung

vom 20.03. bis 25.04.2012

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 16.04.2012. Für den Monat März 2012 ist ein Pflegegeld in Höhe von 700,00 EUR zu zahlen. Für die Zeit vom 01.04.2012 bis 16.04.2012 (16 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Vom 17.04.2012 bis 24.04.2012 ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Vom 25.04.2012 bis 30.04.2012 (6 Tage) wird wieder Pflegegeld geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 513,33 EUR (22/30 von 700,00 EUR) ausgezahlt.

(2) Tritt ein Tatbestand (z.B. stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einer Einrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V) 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

vollstat. 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

vollstat. 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 in einer Einrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V 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

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

Anschlussrehabilitation in einer Einrichtung vom 10.12. bis 04.01. (26 Tage)
nach § 107 Abs. 2 SGB V

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 oder Vorsorge in Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V / der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes bestand.

2.2.3 Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Ersatzpflege

(1) In Fällen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI wird seit 30.10.2012 die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt. Der Anspruch besteht auch, wenn Kurzzeitpflege in einem stationären Hospiz in Anspruch genommen wird. Der Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes ist für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe auf die Ersatzpflege beschränkt (vgl. Ziffer 1 zu § 123 SGB XI).

Die Weiterzahlung des Pflegegeldes setzt voraus, dass vor Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld bestand. Für die Höhe des Pflegegeldes ist die Pflegestufe im Zeitpunkt des Beginns der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Ersatzpflege maßgeblich. Die Zahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI ist für die Dauer von jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fort zu gewähren. Das bedeutet, dass grundsätzlich für jeden Tag der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI 50 v. H. von 1/30 des vollen Pflegegeldanspruchs zu zahlen ist. Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt jedoch nicht für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Ersatzpflege. An diesen Tagen bleibt dem Pflegebedürftigen das Pflegegeld in voller Höhe erhalten. Dies entspricht der bisherigen Regelung. Mit dem ersten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Ersatzpflege beginnt die 4-Wochen-Frist.

Beispiel 1

Pflegegeld in der Pflegestufe II	seit dem 20.09.2011
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 10.11. bis 19.11.2012

Ergebnis:

Pflegegeld ist für die Zeit vom 01.11.2012 bis 10.11.2012 (10 Kalendertage) und vom 19.11.2012 bis 30.11.2012 (12 Kalendertage) zu zahlen. Insoweit wird für diesen Zeitraum ein Pflegegeld in Höhe von 322,67 EUR (22/30 von 440,00 EUR) ausgezahlt. Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 58,67 EUR (50 v. H. von 440,00 EUR = $220,00 \text{ EUR} \times 8 : 30 = 58,67 \text{ EUR}$) weitergezahlt. Für den Monat November 2012 wird somit ein Pflegegeld in Höhe von insgesamt 381,34 EUR (322,67 EUR + 58,67 EUR) ausgezahlt.

Beispiel 2

Teil 1

Pflegegeld in der Pflegestufe I	seit 01.09.2011
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 03.11. bis 30.11.2012

Ergebnis:

Da für den ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege ein volles Pflegegeld gezahlt wird, wird für den Monat November 2012 vom 01.11.2012 bis 03.11.2012 (3 Kalendertage) und am 30.11.2012 (1 Kalendertag) volles Pflegegeld für insgesamt 4 Kalendertage geleistet. Während der Kurzzeitpflege wird hälftiges Pflegegeld vom 04.11.2012 bis 29.11.2012 für insgesamt 26 Kalendertage weitergezahlt. Im laufenden Kalenderjahr 2012 besteht kein Restanspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege.

Teil 2

Der Leistungsrahmen nach § 42 SGB XI (in einer ausschließlich für die Kurzzeitpflege zugelassenen Einrichtung) ist bereits am 25.11.2012 ausgeschöpft. Somit kann ein hälftiges Pflegegeld nur für den Zeitraum vom 04.11.2012 bis 24.11.2012 gewährt werden. Für den Zeitraum vom 01.11.2012 bis 03.11.2012 und ab 25.11.2012 wird volles Pflegegeld geleistet.

Beispiel 3

Pflegegeld in der Pflegestufe I	bis 31.03.2013
Pflegegeld in der Pflegestufe II	ab 01.04.2013
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 01.04.2013 bis 20.04.2013

Ergebnis:

Pflegegeld ist für den 01.04.2013 und vom 20.04.2013 bis 30.04.2013 (12 Kalendertage) in Höhe von 176,00 EUR ($440,00 \text{ EUR} \times 12 : 30 = 176,00 \text{ EUR}$) zu zahlen.

Zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege ab 01.04.2013 besteht ein Anspruch auf Pflegegeld nach der Pflegestufe II. Aus diesem Grunde erfolgt die Berechnung des hälftigen Pflegegeldes nach der Pflegestufe II. Für die Zeit vom 02.04.2013 bis 19.04.2013 (18 Kalendertage) ist während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 132,00 EUR ($50 \text{ v. H. von } 440,00 \text{ EUR} = 220,00 \text{ EUR} \times 18 : 30 = 132,00 \text{ EUR}$) zu zahlen.

(2) Sofern der Anspruchsberechtigte im Zeitpunkt des Beginns der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Ersatzpflege lediglich einen Anspruch auf gekürztes Pflegegeld hatte, weil der Nachweis über den Beratungseinsatz nicht erbracht wurde, wird während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI die Hälfte des gekürzten Pflegegeldes weitergezahlt. Wurde die Zahlung des Pflegegeldes aufgrund des fehlenden Nachweises des Beratungseinsatzes eingestellt, wird kein hälftiges Pflegegeld während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI weitergezahlt.

Beispiel 4

Die Ersatzpflege eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wird von einem ambulanten Pflegedienst vom 24.11. bis 01.12.2012 (8 Kalendertage) erbracht. Da die Nachweisführung eines Beratungseinsatzes nicht innerhalb des Vierteljahreszeitraumes vom 01.07. bis 30.09.2012 erfolgte, hat die Pflegekasse mit Mitteilung vom 04.10.2012 das Pflegegeld zum 01.11.2012 um 50 v. H. gekürzt.

Ergebnis:

Kostenübernahme für die Ersatzpflege in Höhe der
entstandenen Leistungen des Pflegedienstes 780,00 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

vom 01.11. bis 24.11.2012	
volles Pflegegeld (24/30 von 350,00 EUR)	280,00 EUR
vom 25.11. bis 30.11.2012	
hälftiges Pflegegeld (6/30 von 175,00 EUR)	35,00 EUR

Vor Beginn der Ersatzpflege wurde das Pflegegeld in Höhe von 700,00 EUR wegen des fehlenden Nachweises über einen Beratungseinsatz um 50 v. H. auf 350,00 EUR gekürzt. Für den Monat November 2012 wird ein Pflegegeld in Höhe von 280,00 EUR (50 v. H. von 700,00 = 350,00 EUR x 24 : 30 = 280,00 EUR) gezahlt. Während der Ersatzpflege wird ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 35,00 EUR (50 v. H. von 350,00 EUR = 175,00 EUR x 6 : 30 = 35,00 EUR) weitergezahlt. Ab 01.12.2012 wird für den Monat Dezember 2012 ein Pflegegeld in Höhe von 350,00 EUR gezahlt.

Beispiel 5

Der Pflegebedürftige der Pflegestufe III führt im Vierteljahreszeitraum vom 01.07. bis 30.09.2012 keinen Nachweis über einen Beratungseinsatz. Nach Mitteilung der Pflegekasse vom 04.10.2012 erfolgt eine Pflegegeldkürzung um 50 v. H. zum 01.11.2012. Nachdem auch im folgenden Vierteljahreszeitraum vom 01.10. bis 31.12.2012 keine Nachweisführung erfolgt, stellt die Pflegekasse mit Mitteilung vom 04.01.2013 die Pflegegeldzahlung zum 01.02.2013 ein. Vom 15.02. bis 20.02.2013 nimmt der Pflegebedürftige Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch.

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die Kurzzeitpflege. Da das Pflegegeld zum 01.02.2013 eingestellt wurde, wird für den Monat Februar 2013 weder Pflegegeld noch ein hälftiges Pflegegeld während der Kurzzeitpflege gezahlt.

(3) Ein Anspruch auf Zahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI besteht auch nicht, wenn der Anspruchsberechtigte vor deren Antritt noch keinen Anspruch auf Pflegegeld hatte. Beantragt der Pflegebedürftige während eines Krankenhausaufenthaltes Pflegegeld, kann eine Auszahlung des Pflegegeldes während des Krankenhausaufenthaltes nicht erfolgen. Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes liegen erstmals ab dem Tag vor, ab dem er sich wieder in seiner häuslichen Umgebung befindet (vgl. Ziffer 2.2.2).

Beispiel 6

Der Versicherte befindet sich vom 16.10. bis 04.11.2012 in der vollstationären Krankenhausbehandlung. Er beantragt erstmalig am 20.10.2012 während der vollstationären Krankenhausbehandlung Leistungen der Pflegeversicherung. Im Anschluss an die vollstationäre Krankenhausbehandlung wechselt er vom 04.11. bis zum 13.11.2012 in die Kurzzeitpflege. Ab 20.10.2012 besteht ein Anspruch auf Pflegegeldleistungen der Pflegestufe I.

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt die Leistungen der Kurzzeitpflege. Es besteht kein Anspruch auf hälftiges Pflegegeld während der Kurzzeitpflege, weil während der vollstationären Krankenhausbehandlung kein Anspruch auf Pflegegeld bestand.

(4) Hat der Anspruchsberechtigte vor der Aufnahme ins Krankenhaus Pflegegeld bezogen, und nimmt die Leistungen der Kurzzeit- oder Ersatzpflege direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in Anspruch, besteht ein Anspruch auf Zahlung des hälftigen Pflegegeldes. Dauerte der Krankenhausaufenthalt länger als 28 Tage, entfällt der Anspruch auf hälftiges Pflegegeld während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI.

Beispiel 7

Teil 1

Pflegegeld in der Pflegestufe I	seit 01.09.2011
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 16.11. bis 25.11.2012
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 25.11. bis 13.12.2012
Häusliche Pflege	ab dem 13.12.2012

Ergebnis:

Während der Kurzzeitpflege wird vom 26.11. bis zum 12.12.2012 hälftiges Pflegegeld weitergezahlt, da vor der vollstationären Krankenhausbehandlung Pflegegeld der Pflegestufe I bezogen wurde und der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI während des Krankenhausaufenthaltes nicht ruhte. Für den letzten Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung am 25.11. und den letzten Tag der Kurzzeitpflege am 13.12.2012 wird volles Pflegegeld gezahlt.

Teil 2

Der Pflegebedürftige befindet sich bereits seit dem 24.10.2012 in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Da der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung auf den 20.11.2012 fällt, ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI vom 21.11.2012 bis 25.11.2012. Es besteht daher kein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege vom 25.11.2012 bis 12.12.2012. Ab dem 13.12.2012 wird wieder volles Pflegegeld geleistet.

Die vorstehenden Ausführungen gelten für alle Tatbestände des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI, auch in den Fällen, in denen während des Leistungszeitraumes ein neues Kalenderjahr beginnt.

Beispiel 8

Pflegegeld in der Pflegestufe I	seit 01.09.2011
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 25.11.2012 bis 05.01.2013
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 05.01.2013 bis 13.01.2013
Häusliche Pflege	ab dem 13.01.2013

Ergebnis:

Der Pflegebedürftige befindet sich bereits seit dem 25.11.2012 in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Da der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung auf den 22.12.2012 fällt, ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI vom 23.12.2012 bis 05.01.2013. Es besteht daher kein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege vom 05.01.2013 bis 12.01.2013. Ab dem 13.01.2013 wird wieder volles Pflegegeld geleistet.

(5) Für die Dauer der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI besteht Anspruch auf die Weiterzahlung des hälftigen

Pflegegeldes für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen. Bei einem Wechsel in die stationäre Krankenhausbehandlung wird für die ersten 28 Tage das Pflegegeld weitergezahlt. Aufgrund der vorangegangenen Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI beträgt die Höhe des Pflegegeldes weiterhin die Hälfte des bisherigen Pflegegeldes.

Beispiel 9

Pflegegeld in der Pflegestufe II	seit 01.09.2011
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 21.11. bis 06.12.2012
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 06.12. bis 31.12.2012
Häusliche Pflege	ab dem 31.12.2012

Ergebnis:

Am ersten Tag der Kurzzeitpflege (21.11.2012) besteht ein Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe. Vom 22.11.2012 bis 05.12.2012 wird hälftiges Pflegegeld nach der Pflegestufe II weitergezahlt. Bei Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 SGB XI nicht für die ersten 28 Tage. Der Pflegebedürftige hat während der vollstationären Krankenhausbehandlung einen Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes. Aufgrund des vorangegangenen Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege erhält er während der vollstationären Krankenhausbehandlung weiterhin hälftiges Pflegegeld. Ab dem 31.12.2012 – dem letzten Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung – ist das Pflegegeld wieder in voller Höhe zu zahlen.

(6) Hat der Anspruchsberechtigte vor der Aufnahme ins Krankenhaus Pflegegeld bezogen, und nimmt die Leistungen der Kurzzeit- oder Ersatzpflege direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in Anspruch, besteht ein Anspruch auf Zahlung des hälftigen Pflegegeldes. Dauerte der Krankenhausaufenthalt länger als 28 Tage, entfällt der Anspruch auf hälftiges Pflegegeld während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI. Schließt sich nach Inanspruchnahme der Kurzzeit- oder Ersatzpflege unmittelbar ein weiterer Krankenhausaufenthalt an, ist für diesen Zeitraum das hälftige Pflegegeld für die ersten 28 Tage weiterzuzahlen. Der Tatbestand des erneuten Krankenhausaufenthaltes ist gesondert zu betrachten.

Beispiel 10

Pflegegeld in der Pflegestufe I	seit 24.03.2012
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 16.10. bis 03.11.2012
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 03.11. bis 14.11.2012
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 14.11. bis 30.11.2012
Häusliche Pflege	ab dem 30.11.2012

Ergebnis:

Da bei Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 SGB XI nicht für die ersten 28 Tage ruht, hat der Pflegebedürftige einen Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes während der vollstationären Krankenhausbehandlung vom 16.10. bis 03.11.2012 (19 Tage). Während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege vom 04.11.2012 bis 13.11.2012 wird ein hälftiges Pflegegeld weitergezahlt.

Der Tatbestand der erneuten vollstationären Krankenhausbehandlung vom 14.11.2012 bis 30.11.2012 (17 Tage) ist gesondert zu betrachten. Daher wird das Pflegegeld während der vollstationären Krankenhausbehandlung für die ersten 28 Tage hälftig fortgezahlt. Ab dem 30.11.2012 befindet sich der Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege, so dass ab dem 30.11.2012 das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt wird.

(7) Der Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes besteht jeweils für die Dauer der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI für bis zu 28 Tage. Der Anspruchsberechtigte hat damit einen Anspruch auf Weiterzahlung des Pflegegeldes für einen Zeitraum von insgesamt bis zu 56 Tagen je Kalenderjahr. Dabei können Ersatzpflege und Kurzzeitpflege direkt aneinander anschließen (vgl. zur Ausschöpfung des Leistungsanspruches Ziffer 5.3 zu § 42 SGB XI und Ziffer 2.7 zu § 39 SGB XI).

Beispiel 11

Die Kurzzeitpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird vom 02.11. bis 27.12.2012 (56 Kalendertage) in einer nach § 72 SGB XI zugelassenen Einrichtung erbracht. Da der Anspruch auf Kurzzeitpflege für höchstens 28 Tage besteht und am 29.11.2012 ausgeschöpft ist, nimmt der Pflegebedürftige vom 30.11. bis zum 27.12.2012 Ersatzpflege in Anspruch.

Ergebnis:

Für den ersten Tag der Kurzzeitpflege am 02.11.2012 und den letzten Tag der Ersatzpflege am 27.12.2012 wird das volle Pflegegeld gezahlt. Für den Zeitraum vom 03.11.2012 bis zum 26.12.2012 besteht ein Anspruch auf hälftiges Pflegegeld. Da sich die Ersatzpflege direkt an die Kurzzeitpflege anschließt und der Pflegebedürftige sich nicht in seiner häuslichen Umgebung aufhält, wird für den letzten Tag der Kurzzeitpflege (29.11.2012) und den ersten Tag der Ersatzpflege (30.11.2012) nur das hälftige Pflegegeld gezahlt.

(8) Der Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes besteht jeweils für die Dauer der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI für bis zu 28 Tage. Dieser Anspruch entsteht mit jedem Kalenderjahr neu (vgl. Ziffer 1 Abs. 3 zu § 39 SGB XI und Ziffer 5.1 zu § 42 SGB XI). Voraussetzung für die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei jahresübergreifenden Leistungszeiträumen ist, dass am 31.12. ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld besteht.

Beispiel 12

Die Kurzzeitpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird vom 16.11.2012 bis 15.01.2013 in einer nach § 72 SGB XI zugelassenen Einrichtung erbracht. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist am 07.12.2012 ausgeschöpft. Vom 08.12.2012 bis zum 29.12.2012 erfolgt eine Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI. Für den Zeitraum vom 01.01.2013 bis 15.01.2013 erfolgt eine Leistungsgewährung nach § 42 SGB XI, da für das Kalenderjahr 2013 ein neuer Anspruch entstanden ist.

Ergebnis:

Für den ersten Tag der Kurzzeitpflege am 16.11.2012 und den letzten Tag am 15.01.2013 wird das volle Pflegegeld gezahlt. Für den Zeitraum vom 17.11.2012 bis zum 29.12.2012 besteht ein Anspruch auf hälftiges Pflegegeld. Für das Kalenderjahr 2013 ist ein neuer Anspruch nach § 42 SGB XI entstanden, allerdings kann eine hälftige Zahlung des Pflegegeldes nicht erfolgen, da am 31.12.2012 kein Anspruch auf Zahlung des hälftigen Pflegegeldes bestand.

(9) Nimmt der Anspruchsberechtigte direkt im Anschluss an einen vollstationären Krankenhausaufenthalt sowohl die Leistungen der Kurzzeitpflege als auch die Leistungen der Ersatzpflege in Anspruch, besteht ein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- und Ersatzpflege nur, wenn der vorangehende Krankenhausaufenthalt nicht länger als 28 Tage dauerte. Dies gilt auch, wenn die Ersatzpflege in der Häuslichkeit des Anspruchsberechtigten durchgeführt wird.

Beispiel 13

Pflegegeld in der Pflegestufe II	seit 12.09.2011
Vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 15.12.2012 bis 16.01.2013
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 16.01.2013 bis 02.02.2013
Ersatzpflege in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	vom 02.02.2013 bis 19.02.2013

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 11.01.2013. Für den Monat Dezember 2012 wird ein Pflegegeld in Höhe von 440,00 EUR gezahlt. Für die Zeit vom 01.01.2013 bis 11.01.2013 (11 Tage) wird ein Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI gezahlt. Vom 12.01.2013 bis 16.01.2013 ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI.

Da der Anspruch auf Pflegegeld vor der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI seit 12.01.2013 ruht, wird kein hälftiges Pflegegeld während der Inanspruchnahme der Kurzzeit- und Ersatzpflege gezahlt. Ab dem 19.02.2013 – dem letzten Tag der Ersatzpflege – wird wieder volles Pflegegeld geleistet

(10) In Fällen, in denen die Ersatzpflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen erbracht wird, die bis zum zweiten Grad mit dem Anspruchsberechtigten verwandt oder verschwägert sind (vgl. Ziffer 2.2 zu § 39 SGB XI), wird das hälftige Pflegegeld zusätzlich zu den Aufwendungen in Höhe des Pflegegeldes weitergezahlt (vgl. im Übrigen auch Beispiel 1 in Ziffer 2.2 zu § 39 SGB XI).

Beispiel 14

Die Ersatzpflege eines Anspruchsberechtigten nach § 123 Abs. 2 SGB XI wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Tochter vom 13.01. bis 09.02.2013 (28 Kalendertage) durchgeführt. Von der Tochter werden Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 50,00 EUR nachgewiesen.

Kostenübernahme der Ersatzpflege in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe 0	=	120,00 EUR
plus Fahrkosten	=	<u>50,00 EUR</u>
Gesamt	=	170,00 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

für den 13.01. und 09.02.2013

volles Pflegegeld (2/30 von 120,00 EUR) = 8,00 EUR

vom 14.01. bis 08.02.2013

hälftiges Pflegegeld (26/30 von 60,00 EUR) = 52,00 EUR

Ergebnis:

Für den ersten Tag der Ersatzpflege am 13.01.2013 und den letzten Tag der Ersatzpflege am 09.02.2013 wird das volle Pflegegeld in Höhe von 8,00 EUR (2/30 von 120,00 EUR) gezahlt. Für den Zeitraum vom 14.01.2013 bis zum 08.02.2013 wird hälftiges Pflegegeld in Höhe von 52,00 EUR (50 v. H. von 120,00 EUR = 60,00 EUR x 26 : 30 = 52,00 EUR) gezahlt. Damit ist die Höchstanspruchsdauer auf Ersatzpflege für das laufende Kalenderjahr 2013 ausgeschöpft. Dies gilt gleichermaßen für den Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Ersatzpflege.

(11) Bei einem Zusammentreffen von hälftigem Pflegegeld bei Kurzzeit- oder Ersatzpflege und Pflegegeld darf der Höchstanspruch nach § 37 Abs. 1 SGB XI und ggf. i.V.m. § 123 SGB XI für den Kalendermonat nicht überschritten werden.

Beispiel 15

Die Ersatzpflege eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird von einem ambulanten Pflegedienst vom 26.12. bis 28.12. 2012 (3 Kalendertage) in Höhe von 350,00 EUR erbracht.

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Ersatzpflege die Kosten für die Inanspruchnahme des Pflegedienstes. Vom 01.12.2012 bis 26.12.2012 (26 Tage) und vom 28.12.2012 bis 31.12.2012 (4 Tage) wird das volle Pflegegeld in Höhe von 440,00 EUR ausgezahlt. Für den 27.12.2012 besteht ein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes in Höhe von 7,33 EUR (50 v. H. von 440,00 EUR = 220,00 EUR x 1 : 30 = 7,33 EUR). Da das Pflegegeld jedoch auf den monatlichen Höchstbetrag zu begrenzen ist, erfolgt lediglich eine Auszahlung des Pflegegeldes in Höhe von 440,00 EUR.

(12) Ein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes besteht nur für Versicherte, welche die Leistungen der Kurzzeit- oder Ersatzpflege nach Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes am 30.10.2012 in Anspruch nehmen. Versicherte, welche bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes die Kurzzeit- oder Ersatzpflege angetreten haben, haben keinen Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI. Es findet die Stichtagsregelung Anwendung.

Beispiel 16

Teil 1

Pflegegeld in der Pflegestufe II	seit dem 01.09.2011
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 27.10. bis 10.11.2012
Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes	am 30.10.2012

Ergebnis:

Es bestand kein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege, da zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes am 30.10.2012 bereits die Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurden.

Teil 2

Die Leistungen der Kurzzeitpflege werden nicht vom 27.10.2012 bis 10.11.2012, sondern vom 01.11.2012 bis 10.11.2012 in Anspruch genommen, und damit nach Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes am 30.10.2012. Es besteht daher ein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI.

Beispiel 17

Der Pflegebedürftige der Pflegestufe II befindet sich vom 18.10. bis 10.11.2012 in der Einrichtung der Kurzzeitpflege. Da der Leistungsrahmen der Kurzzeitpflege zum 02.11.2012 in der Höhe ausgeschöpft ist, werden in der Einrichtung direkt im Anschluss die Leistungen der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI bis zum 10.11.2012 in Anspruch genommen. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz ist am 30.10.2012 in Kraft getreten.

Ergebnis:

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes am 30.10.2012 hat der Pflegebedürftige bereits die Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen. Es besteht daher kein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege. Da die Leistungen der Ersatzpflege direkt im Anschluss an die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurden und sich der Pflegebedürftige keinen Tag in der Häuslichkeit befunden hat und damit keine Pflegegeldzahlung erfolgte, wird auch während der Inanspruchnahme der Ersatzpflege kein hälftiges Pflegegeld gezahlt.

2.3 Leistungshöhe des Pflegegeldes im Sterbemonat

(1) Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats gezahlt, in dem der Anspruchsberechtigte 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 Sonderrechtsnachfolger (z.B. Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern, Haushaltsführer, vgl. § 56 SGB I). Gibt es keinen Sonderrechtsnachfolger, erfolgt die Auszahlung des Pflegegeldes an den Erben (§ 58 SGB I, §§ 1922 ff BGB).

Die vorgenannte Regelung ist allerdings nur dann anzuwenden, wenn im Sterbemonat mindestens für einen Tag ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI und § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI bestanden hat. Berechnungsgrundlage ist immer das volle Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI ggf. unter Berücksichtigung des § 123 SGB XI. Ruhenstatbestände nach § 34 SGB XI sind bei der Zahlung von Pflegegeld zu berücksichtigen.

Beispiel 2

Pflegegeld in der Pflegestufe III seit 01.03.2010

vollstat. Krankenhausbehandlung vom 06.09. bis 15.10.2012

Tod des Pflegebedürftigen im Krankenhaus am 15.10.2012

Ergebnis:

Pflegegeld ist bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung für vier Wochen weiterzuzahlen. Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 03.10.2012. Für die Zeit vom 01.10.2012 bis 03.10.2012 (3 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen.

Vom 04.10.2012 bis 14.10.2012 ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Vom 15.10.2012 bis 31.10.2012 (17 Tage) wird das Pflegegeld geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 466,67 EUR (20/30 von 700,00 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.
vollstat. 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	01.01.2012
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vom	25.08. bis 30.08.2012
Tod des Pflegebedürftigen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung am	30.08.2012

Das Pflegegeld für den Monat September wurde bereits ausgezahlt.

Ergebnis:

Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht bis zum 25.08.2012. Für den Sterbemonat August ist vom 01.08.2012 bis 25.08.2012 (25 Tage) und vom 30.08.2012 bis 31.08.2012 (2 Tage) ein Pflegegeld in Höhe von 630,00 EUR (27/30 von 700,00 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 Anspruchsberechtigten zu einer erstmaligen Bewilligung bzw. zu einer Höherstufung kommt.

Beispiel 5

Pflegegeld in der Pflegestufe II seit	01.02. des Vorjahres
vollstat. 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. Bei der Ermittlung der Höhe der Geldleistung sind die Regelungen der Kombinationsleistung gemäß § 38 Satz 2 SGB XI anzuwenden (vgl. Ziffer 3 zu § 38 SGB XI). Folglich ist der im Rahmen der vollstationären Pflege in Anspruch genommene Sachleistungsanteil ins Verhältnis zum Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung für den gesamten Monat maßgebend. Auf dieser Grundlage ist der Geldleistungsanteil mit der Zahl der zu Hause verbrachten Pflegetage zu multiplizieren und durch 30 zu dividieren.

Beispiel 1

Pflegestufe II

Heimentgelt für den Monat August 2012 = 900.00 EUR

Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom 03.08. bis 05.08.2012
und vom 17.08. bis 19.08.2012 = 6 Tage

Sachleistungsanteil (900,00 EUR von 1.100,00 EUR) = 81,82 v. H.

Geldleistungsanteil = 18,18 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld für die Zeit vom 03.08.2012 bis 05.08.2012 und 17.08.2012 bis 19.08.2012 in Höhe von insgesamt 16,00 EUR (18,18 v. H. von 440,00 EUR = $79,99 \text{ EUR} \times 6 : 30 = 16,00 \text{ EUR}$).

Beispiel 2

Daten wie Beispiel 1

Das Heimentgelt beträgt 1.150,00 EUR. Da mit diesem Heimentgelt der Sachleistungshöchstbetrag von 1.100,00 EUR überschritten wird, kann kein anteiliges Pflegegeld mehr gezahlt werden.

Beispiel 3

Pflegestufe III

Heimentgelt für den Monat September 2012	= 1.050,00 EUR
Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom 07.09. bis 09.09.2012 und vom 21.09. bis 23.09.2012	= 6 Tage
Sachleistungsanteil (1.050,00 EUR von 1.550,00 EUR)	= 67,74 v. H.
Geldleistungsanteil	= 32,26 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld für die Zeit vom 07.09.2012 bis 09.09.2012 und vom 21.09.2012 bis 23.09.2012 in Höhe von insgesamt 45,16 EUR (32,26 v. H. von 700,00 EUR = 225,82 EUR x 6 : 30 = 45,16 EUR).

(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 ungekürzten Pflegegeldes anteilig für die Tage in Betracht, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Das bedeutet, dass für jeden Tag der häuslichen Pflege zusätzlich zur Leistung nach § 43a SGB XI 1/30 des Leistungsbetrages nach § 37 Abs. 1 SGB XI ggf. i.V.m. § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI zu zahlen ist. Befindet sich der Pflegebedürftige den vollen Monat in häuslicher Pflege, wird das gesamte Pflegegeld für den Monat gezahlt.

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; dies gilt auch, wenn von diesem Personenkreis Pflegegeld nach § 123 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI bezogen wird.

(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 Pflegeversicherungsgesetzes 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 GKV-Spitzenverband 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 pflegfachliche 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 psychischen Belastungen verbundenen Pflegealltag sollte insbesondere bei demenziell erkrankten Pflegebedürftigen der Beratungseinsatz durch Pflegefachkräfte mit gerontopsychiatrischer 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 GKV-Spitzenverband 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 oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters bezüglich einer höheren Pflegestufe oder nicht sichergestellter Pflege,
- Empfehlung für die Pflegeperson zur Inanspruchnahme von Pflegekursen, um die seelische Belastung zu mindern bzw. eine weitergehende 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. Das Gesetz sieht eine Vergütung für Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II bis zu 21,00 EUR und in der Pflegestufe III bis zu 31,00 EUR vor. Für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können bis zu 21,00 EUR (§ 37 Abs. 3 Satz 6 SGB XI) vergütet werden. Für Beihilfeberechtigte gilt § 28 Abs. 2 SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 28 SGB XI). Bei den im Gesetz vorgesehenen Vergütungsbeträgen handelt es sich nicht um Fest-, sondern um Höchstbeträge. Mit der Vergütung sind alle Kosten (z.B. Fahrkosten-/Hausbesuchspauschalen) abgegolten, d. h. über diese Vergütung 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 ggf. unter Berücksichtigung des § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI 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 abruft 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.

§ 38 SGB XI

Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

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 ggf. unter Berücksichtigung der Höchstbeträge nach § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI. Dieser Anspruch steht bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, seit 01.01.2013 auch Versicherten ohne Pflegestufe zu, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen (vgl. § 123 Abs. 2 SGB XI). Der Anteil des Pflegegeldes 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 auszu zahlen.

Beispiele

1. Ein Versicherter ohne Pflegestufe, der wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllt, hat im Januar 2013 Sachleistungen im Wert von 190,00 EUR in Anspruch genommen. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 225,00 EUR. Er hat somit 84,44 v. H (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 120,00 EUR stehen ihm noch 15,56 v. H., also 18,67 EUR zu.
2. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I hat im September 2012 Sachleistungen im Wert von 235,00 EUR in Anspruch genommen. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 450,00 EUR, er hat somit die Sachleistungen zu 52,22 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 235,00 EUR stehen ihm noch 47,78 v. H., also 112,28 EUR zu.

3. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II hat im September 2012 Sachleistungen in Höhe von 400,00 EUR in Anspruch genommen, der Höchstbetrag beläuft sich auf 1.100,00 EUR. Er hat somit 36,36 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) der Sachleistung in Anspruch genommen, so dass ihm vom Pflegegeld in Höhe von 440,00 EUR noch 63,64 v. H., also 280,02 EUR zustehen.
4. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II, der wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllt, hat im Januar 2013 Sachleistungen in Höhe von 1.028,00 EUR in Anspruch genommen. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 1.250,00 EUR, er hat somit die Sachleistungen zu 82,24 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) in Anspruch genommen, so dass ihm vom Pflegegeld in Höhe von 525,00 EUR noch 17,76 v. H., also 93,24 EUR zustehen.
5. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III hat im September 2012 Sachleistungen im Wert von 850,00 EUR in Anspruch genommen, der Höchstbetrag beläuft sich auf 1.550,00 EUR. Er hat somit 54,84 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) der Sachleistung in Anspruch genommen, so dass ihm vom Pflegegeld in Höhe von 700,00 EUR noch 45,16 v. H., also 316,12 EUR zustehen.
6. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III, für den die Härtefallregelung nach § 36 Abs. 4 SGB XI gilt, hat im September 2012 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 700,00 EUR noch 20,75 v. H., also 145,25 EUR zustehen.
7. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III, für den die Härtefallregelung nach § 36 Abs. 4 SGB XI gilt, hat im September 2012 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 700,00 EUR noch 34,31 v. H., also 240,17 EUR zustehen.

2. Entscheidungsbindung

(1) Der Anspruchsberechtigte 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 Anspruchsberechtigten 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 Anspruchsberechtigten, 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 Anspruchsberechtigte 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. Seit 28.12.2012 gilt die in Bezug auf die stationären Leistungen zur Rehabilitation getroffene Aussage durch das Inkrafttreten des Assistenzpflegebedarfsgesetzes nur noch für Maßnahmen in Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V. Darüber hinaus gilt dies auch für Maßnahmen in Vorsorgeeinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V.

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 Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI ggf. unter Berücksichtigung der Sachleistungshöchstbeträge nach § 123 SGB XI zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung für den gesamten Monat maßgebend. Auf dieser Grundlage ist der Geldleistungsanteil mit der Zahl der zu Hause verbrachten Pflégetage zu multiplizieren und durch 30 zu dividieren.

Beispiel 1

Pflegestufe II	Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden
vollstat. Krankenhausbehandlung	vom 07.09. bis 13.10.2012
Sachleistung September	= 180,00 EUR
Sachleistung Oktober	= 460,00 EUR
Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat September 2012	
Sachleistungsanteil (180,00 EUR von 1.100,00 EUR)	= 16,36 v. H.
Geldleistungsanteil	= 83,64 v. H.

Die anteilige Geldleistung ist in Höhe von 83,64 v. H. des für den ganzen Monat zustehenden Geldbetrages (83,64 v. H. von 440,00 EUR = 368,02 EUR) für den September 2012 zu zahlen.

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat Oktober 2012

Sachleistungsanteil (460,00 EUR von 1.100,00 EUR) = 41,82 v. H.
Geldleistungsanteil = 58,18 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 01.10.2012 bis 04.10.2012 und nach Ablauf der vollstationären Krankenhausbehandlung vom 13.10.2012 bis 31.10.2012 für insgesamt 23 Tage in Höhe von 196,26 EUR (58,18 v. H. von 440,00 EUR = 255,99 EUR x 23 : 30 = 196,26 EUR).

(2) Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI haben einen Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Das bedeutet, dass für jeden Tag der häuslichen Pflege zusätzlich zur Leistung nach § 43a SGB XI 1/30 des Leistungsbetrages nach § 37 Abs. 1 SGB XI ggf. i.V.m. § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI zu zahlen ist. Befindet sich der Pflegebedürftige den vollen Monat in häuslicher Pflege, wird das gesamte Pflegegeld für den Monat gezahlt.

Beispiel 2

Pflegestufe II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz seit 01.09.2011

Pflege in häuslicher Gemeinschaft im Februar 2013 jeweils von
Freitagabend bis Montagmorgen = 16 Tage

In Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI = 236,00 EUR

Ergebnis:

Dem Pflegebedürftigen kann zusätzlich zu der Leistung nach § 43a SGB XI ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 280,00 EUR (525,00 EUR x 16 : 30 = 280,00 EUR) gezahlt werden.

(3) Sind innerhalb eines Kalendermonats keine Pflegesachleistungen erbracht worden, weil z.B. der Anspruchsberechtigte für den ganzen Kalendermonat vollstationär in einem Krankenhaus behandelt wurde, so besteht hier ein Anspruch auf Pflegegeld unter Berücksichtigung von § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI.

Beispiel 3

Pflegestufe III Verhältnis Sachleistung/Geldleistung
soll nachträglich festgestellt werden

vollstat. Krankenhausbehandlung vom 01.09. bis 02.10.2012
Im September 2012 sind keine Sachleistungen angefallen.

Verhältnis im September 2012

Sachleistung	0 v. H.
Geldleistung	100 v. H.

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 28.09.2012. Für die Zeit vom 01.09.2012 bis 28.09.2012 (28 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 653,33 EUR (28/30 von 700,00 EUR) ausgezahlt.

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 Sachleistungshöchstanspruch nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI ggf. unter Berücksichtigung der Sachleistungshöchstbeträge nach § 123 SGB XI ins Verhältnis zu setzen.

Beispiel 4

Verhältnis von Sachleistung/Geldleistung
soll nachträglich festgestellt werden

vollstat. Krankenhausbehandlung vom 03.06. bis 14.08.2012

Pflegebedürftigkeit besteht ab dem 14.08.2012 in der Pflegestufe II

Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 SGB V) wird vom 14.08. bis 05.09.2012 erbracht. Für den Zeitraum vom 14.08. bis 31.08.2012 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 2012

in Anspruch genommene Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung	= 308,00 EUR
Sachleistungsanteil (308,00 EUR von 1.100,00 EUR)	= 28,00 v. H.
Geldleistungsanteil	= 72,00 v. H.

Ergebnis:

Für die Zeit vom 14.08.2012 bis 31.08.2012 besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen Pflegegeldes in Höhe von 190,08 EUR (72,00 v. H. von 440,00 EUR = $316,80 \text{ EUR} \times 18 : 30 = 190,08 \text{ EUR}$).

Wird mit dem für den Kalendermonat tatsächlich in Anspruch genommenen Sachleistungsanteil der Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI ggf. unter Berücksichtigung der Sachleistungshöchstbeträge nach § 123 SGB XI ausgeschöpft, 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 5

Pflegestufe II Verhältnis Sachleistung/Geldleistung
soll nachträglich festgestellt werden

vollstat. Krankenhausbehandlung vom 15.08. bis 31.08.2012	
Sachleistung August	= 1.100,00 EUR
Sachleistungsanteil (1.100,00 von 1.100,00 EUR)	= 100 v. H.

Ergebnis:

Da der Höchstbetrag der Pflegesachleistung zu 100 v. H. ausgeschöpft wird, kann keine anteilige Geldleistung gezahlt werden.

(4) Die Leistungen der Pflegeversicherung ruhen nach § 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI (vgl. Ziffer 2.1 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 Sachleistungsbeitrag 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 6

Pflegebedürftiger der Pflegestufe III – Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI im August 2012. Es wird eine Pflegesachleistung in Höhe von 500,00 EUR in Anspruch genommen. Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe III (Stand: 01.07.2012) in Höhe von 683,00 EUR.

Sachleistungsanteil (500,00 EUR von 1.550,00 EUR)	= 32,26 v. H.
Geldleistungsanteil	= 67,74 v. H.

Ergebnis:

Da der an sich zustehende Geldleistungsanteil in Höhe von 474,18 EUR (67,74 v. H. von 700,00 EUR) geringer ist als die anzurechnende Pflegezulage nach § 35 BVG in Höhe von 683,00 EUR, verbleibt kein auszuzahlender Restbetrag.

Beispiel 7

Pflegebedürftiger der Pflegestufe III – Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI im August 2012. Es wird eine Pflegesachleistung in Höhe von 380,00 EUR in Anspruch genommen. Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe II (Stand: 01.07.2012) in Höhe von 481,00 EUR.

Sachleistungsanteil (380,00 EUR von 1.550,00 EUR)	= 24,52 v. H.
Geldleistungsanteil	= 75,48 v. H.

Ergebnis:

Von dem Geldleistungsanteil in Höhe von 528,36 EUR (75,48 v. H. von 700,00 EUR) ist die anzurechnende Pflegezulage nach § 35 BVG in Höhe von 481,00 EUR in Abzug zu bringen. Somit ist eine anteilige Geldleistung in Höhe von 47,36 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.

(5) Bei der Kombinationsleistung wird der Anteil der Geldleistung bis zum Ende des Sterbemonats 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 Anspruchsberechtigte 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 Höchstbetrag der Sachleistung nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI ggf. unter Berücksichtigung der Sachleistungshöchstbeträge nach § 123 SGB XI zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung im Sterbemonat maßgebend.

Beispiel 8

Pflegestufe II	Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden	
Tod des Pflegebedürftigen am 18.08.2012 Sachleistung August 2012		= 145,00 EUR
Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat August 2012		
Sachleistungsanteil (145,00 EUR von 1.100,00 EUR)		= 13,18 v. H.
Geldleistungsanteil		= 86,82 v. H.

Ergebnis:

Für den Sterbemonat ist die anteilige Geldleistung in Höhe von 382,01 EUR (86,82 v. H. von 440,00 EUR) zu zahlen.

Sind im Sterbemonat keine Sachleistungen in Anspruch genommen worden, so besteht ein Anspruch auf Pflegegeld.

4. Fortzahlung des hälftigen anteiligen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Ersatzpflege

(1) Durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wird während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI das Pflegegeld in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Ersatzpflege geleisteten Höhe für die Dauer von jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt. Ein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen anteiligen Pflegegeldes besteht nur für Versicherte, welche die Leistungen der Kurzzeit- oder Ersatzpflege nach Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes am 30.10.2012 in Anspruch nehmen. Versicherte, welche bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes die Kurzzeit- oder Ersatzpflege angetreten haben, haben keinen Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen anteiligen Pflegegeldes während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI. Für Versicherte ohne Pflegestufe, die erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, beschränkt sich der Anspruch auf die Ersatzpflege nach § 39 SGB XI (vgl. Ziffer 1 zu § 123 SGB XI). Die Weiterzahlung setzt voraus, dass vor der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI ein Anspruch auf Pflegegeld bestand. Für die Höhe des Pflegegeldes ist die Pflegestufe im Zeitpunkt des Beginns der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI maßgeblich. Für die Berechnung wird der Monat zugrunde gelegt, in dem die Leistungen der Kurzzeit- oder Ersatzpflege in Anspruch genommen werden. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Beginn der Kurzzeit- oder Ersatzpflege auf den ersten Tag eines Monats fällt. In diesem Fall wird auf den Anteil der Geldleistung des Vormonats abgestellt. Von dem anteiligen Pflegegeld, welches nach den unter Ziffer 3 erläuterten Grundsätzen berechnet wird, wird für die Dauer der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Ersatzpflege nach § 39 SGB XI 50 v. H. weitergezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Ersatzpflege erfolgt jedoch keine Kürzung des Pflegegeldes. Für diese Tage wird das volle Pflegegeld gewährt. Mit dem ersten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Ersatzpflege beginnt die 4-Wochen-Frist (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI).

Beispiel 1

Pflegebedürftiger der Pflegestufe II, der die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45a SGB XI erfüllt. Vom 01.01. bis 15.01.2013 befand sich der Pflegebedürftige in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI vom 15.01. bis 21.01.2013. Es wird eine Pflegesachleistung in Höhe von 180,00 EUR in Anspruch genommen. Ab dem 22.01. bis 31.01.2013 hält sich der Pflegebedürftige in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege auf.

Sachleistungsanteil (180,00 EUR von 1.250,00 EUR)	= 14,40 v. H.
Geldleistungsanteil	= 85,60 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes vom 15.01.2013 bis 22.01.2013 und 31.01.2013 für insgesamt 9 Tage in Höhe von 134,82 EUR (85,60 v. H. von 525,00 EUR = 449,40 EUR x 9 : 30 = 134,82 EUR). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für insgesamt 8 Tage in Höhe von insgesamt 59,92 EUR (50 v. H. von 525,00 EUR = 262,50 EUR x 85,60 v. H. = 224,70 EUR x 8 : 30 = 59,92 EUR) gezahlt.

Beispiel 2

Pflegebedürftiger der Pflegestufe I bis 28.02.2013, ab 01.03.2013 Höherstufung in Pflegestufe II. Vom 01.03. bis 15.03.2013 hält sich der Pflegebedürftige in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege auf.

Sachleistungsanteil für den Monat Februar 2013 (285,00 EUR von 450,00 EUR)	= 63,33 v. H.
Geldleistungsanteil	= 36,67 v. H.

Sachleistungsanteil für den Monat März 2013 (567,00 EUR von 1.100,00 EUR)	= 51,55 v. H.
Geldleistungsanteil	= 48,45 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes für den 01.03.2013 in Höhe von 5,38 EUR (36,67 v. H. von 440,00 EUR = 161,35 EUR x 1 : 30 = 5,38 EUR). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für insgesamt 13 Tage in Höhe von insgesamt 34,96 EUR (50 v. H. von 440,00 EUR = 220,00 EUR x 36,67 v. H. = 80,67 EUR x 13 : 30 = 34,96 EUR) gezahlt. Für den Zeitraum vom 15.03.2013 bis 31.03.2013 besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes in Höhe von 120,80 EUR (48,45 v. H. von 440,00 EUR = 213,18 EUR x 17 : 30 = 120,80 EUR).

Beispiel 3

Tages- und Nachtpflege und Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II im November 2012. Der Pflegebedürftige befand sich vom 25.11. bis 30.11.2012 in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege.

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege
(52 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI) 572,00 EUR

in Anspruch genommene Pflegesachleistung
(31 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI) 341,00 EUR

Ergebnis:

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

vom 01.11. bis 25.11.2012 und 30.11.2012

anteiliges volles Pflegegeld 255,49 EUR

vom 26.11. bis 29.11.2012

anteiliges hälftiges Pflegegeld 19,65 EUR

Die Tages- und Nachtpflege übersteigt den Wert von 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI. Sie schmälert daher den Anspruch im Rahmen der Kombinationsleistung. Der Anspruch auf Pflegesachleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI besteht in voller Höhe auch für einen Teilmonat. Für die Tages- und Nachtpflege sowie die Pflegeleistung wurden insgesamt 83 v. H. des Leistungshöchstanspruchs 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 67 v. H. des nach § 37 Abs. 1 SGB XI maßgebenden Betrages gezahlt werden. Da während eines Aufenthaltes in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege das hälftige Pflegegeld weiter gezahlt wird, besteht für den Monat November 2012 ein Anspruch auf das anteilig ungekürzte Pflegegeld vom 01.11.2012 bis 25.11.2012 und 30.11.2012 für insgesamt 26 Tage in Höhe von 255,49 EUR (67 v. H. von 440,00 EUR = 294,80 EUR x 26 : 30 = 255,49 EUR). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für den Monat November 2012 für 4 Tage in Höhe von insgesamt 19,65 EUR (50 v. H. von 440,00 EUR = 220,00 EUR x 67 v. H. = 147,40 EUR x 4 : 30 = 19,65 EUR) gezahlt.

(2) Bei einem Wechsel von der vollstationären Krankenhausbehandlung in die Kurzzeit- oder Ersatzpflege und umgekehrt, bei Ersatzpflege durch Verwandte zweiten Grades oder bei vorangegangener Kürzung des Pflegegeldes (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI).

§ 38a SGB XI

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, wenn

- 1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,*
- 2. sie Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 beziehen,*
- 3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, und*
- 4. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften oder ihre Anforderungen an Leistungserbringer nicht entgegenstehen.*

(2) Keine ambulante Versorgungsform im Sinne von Absatz 1 liegt vor, wenn die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt ist. Die von der Gemeinschaft unabhängig getroffenen Regelungen und Absprachen sind keine tatsächlichen Einschränkungen in diesem Sinne.

1. Allgemeines

Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes am 30.10.2012 haben Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen neben dem Anspruch auf Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI zusätzlich einen Anspruch auf einen pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 200,00 EUR monatlich. Der Wohngruppenzuschlag wird zur eigenverantwortlichen Verwendung für die Organisation und Sicherstellung des gemeinschaftlichen Wohnens in der Wohngruppe gewährt. Mit ihm sollen die zusätzlichen Aufwendungen der Wohngruppe für die nach § 38a SGB XI Abs. 1 Nr. 3 SGB XI erforderliche Pflegekraft finanziert werden, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet. Er dient nicht dazu, die Leistungen der häuslichen Pflege nach §§ 36 bis 38 SGB XI für die Pflege von Pflegediensten und Angehörigen aufzustocken, vielmehr wurde mit § 38a SGB XI ein eigenständiger Anspruch eingeführt, der nur bei Vorliegen zusätzlicher Strukturen gegeben ist. Somit kann ein Pflegedienst bei der Abrechnung von Pflegesachleistungen in Form der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der häuslichen Betreuung, die er für einzelne pflegebedürftige Mitglieder der Wohngruppe erbringt, nicht ohne weiteres ebenfalls den Wohngruppenzuschlag mit in Ansatz bringen. Von daher müssen in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI) zusätzliche strukturellen Merkmale im Vergleich zur (normalen) häuslichen Pflege, die beispielsweise ein ambulanter Pflegedienst erbringt, vorhanden sein. Neben den Leistungen nach §§ 36 bis 38 SGB XI und § 124 SGB XI stellt in diesen Wohngruppen die zusätzliche Pflegekraft ein zusätzliches Element der Versorgung dar.

2. Leistungsvoraussetzungen

2.1 Gemeinsame Wohnung

Die Zahlung des pauschalen Wohngruppenzuschlags setzt voraus, dass mindestens drei Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben.

Von einer gemeinsamen Wohnung kann ausgegangen werden, wenn der Sanitärbereich, die Küche und, wenn vorhanden, der Aufenthaltsraum einer abgeschlossenen Wohneinheit von allen Bewohnern jederzeit allein oder gemeinsam genutzt werden. Die Wohnung muss von einem eigenen, abschließbaren Zugang vom Freien, von einem Treppenhaus oder von einem Vorraum zugänglich sein.

Es handelt sich nicht um eine gemeinsame Wohnung, wenn die Bewohner jeweils in einem Apartment einer Wohnanlage oder eines Wohnhauses leben. Hinweise darüber können sich z.B. aus dem abgeschlossenen Mietvertrag, der Teilungserklärung (notarielle Differenzierung zwischen Sondereigentum und Gemeinschaftseigentum) oder dem Wohnungsgrundriss ergeben.

Die heimrechtlichen Vorschriften der Bundesländer dürfen der ambulant betreuten Wohnform nicht entgegenstehen.

2.2 Gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen (Wohngruppe)

Ein Anspruch auf den Wohngruppenschlag besteht, wenn nachweislich mindestens drei Pflegebedürftige regelmäßig in einer ambulant betreuten Wohngruppe zusammenleben. Pflegebedürftigkeit setzt mindestens die Feststellung der Pflegestufe I voraus (vgl. Erläuterungen zu §§ 14, 15 SGB XI). Zum Nachweis des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit der anderen Bewohner hat der Antragsteller eine formlose Bestätigung zu erbringen. Für die Feststellung der Zugehörigkeit zu einer Wohngruppe ist eine vorübergehende Abwesenheit von Wohngruppenmitgliedern, z.B. wegen Krankenhausaufenthalt, der Teilnahme an Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen, unerheblich.

Eine Wohngruppe liegt auch dann vor, wenn mehr als drei Pflegebedürftige im Sinne des §§ 14, 15 SGB XI in der gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben. Das Gesetz hat keine Obergrenze festgelegt. Sie kann sich aber gegebenenfalls aus den jeweiligen Heimgesetzen der Bundesländer ergeben.

Über die drei Pflegebedürftigen hinaus können sich der Wohngruppe auch Personen anschließen, die nicht pflegebedürftig im Sinne von §§ 14, 15 SGB XI sind. Die Bewohner, bei denen keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, haben keinen Anspruch auf den Wohngruppenschlag.

Das Zusammenleben innerhalb eines Familienverbundes (z.B. Eltern mit Kindern, Pflegschaftsverhältnisse) verfolgt nicht den Zweck der gemeinschaftlichen pflegerischen Ver-

sorgung in einer gemeinsamen Wohnung. Insbesondere auch deshalb, weil nach Intention des Gesetzes die selbstorganisierte Versorgung innerhalb einer Wohngruppe gefördert werden soll. Von daher kommt in diesen Fällen eine Zahlung des Wohngruppenzuschlages nicht in Betracht.

Die Zugehörigkeit zur Wohngruppe endet durch Auszug oder durch den Tod eines Bewohners der Wohngruppe. Wird durch das dauerhafte Ausscheiden eines Wohngruppenbewohners die Mindestanzahl von drei Pflegebedürftigen unterschritten, liegen die Voraussetzungen für die Zahlung des Wohngruppenzuschlages für die verbleibenden pflegebedürftigen Bewohner nicht mehr vor. Der Pflegebedürftige hat seine Pflegekasse über die Änderung unverzüglich zu informieren.

2.3 Bezug von Leistungen nach den §§ 36, 37 und 38 SGB XI

Mindestens drei Bewohner der Wohngruppe müssen ambulante Sachleistungen nach § 36 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI beziehen. Dem steht nicht entgegen, wenn für pflegebedürftige Bewohner die Leistungen nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI ruhen (vgl. Ziffer 2 zu § 34 SGB XI).

Der Bezug von Leistungen nach § 123 Abs. 2 SGB XI reicht nicht aus, weil in diesen Fällen keine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Die Inanspruchnahme von Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI schließt eine ambulante Betreuung aus.

2.4 Vorhandensein einer Pflegekraft

Der Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag besteht nur, wenn die Pflegebedürftigen in einer ambulant betreuten Wohngruppe zusammenleben. Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Dazu ist es erforderlich, dass in der Wohngruppe eine Pflegekraft auf einer gesondert erkennbaren vertraglichen Grundlage mit den Bewohnern der Wohngruppe tätig ist. Diese organisatorischen, verwaltenden oder pflegerischen Tätigkeiten müssen über die in der häuslichen Pflege üblichen Leistungen (Leistungsinhalte des § 36 SGB XI i.V.m. § 124 SGB XI) hinaus erbracht werden. Eine Anwesenheit der Pflegekraft rund um die Uhr ist nicht erforderlich. Eine bloße Rufbereitschaft ist jedoch nicht ausreichend. Bei der Pflegekraft muss es sich nicht um eine ausgebildete Pflegefachkraft (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) handeln. Die Pflegekraft kann - muss aber nicht - bei einem der Pflegedienste beschäftigt sein, der die pflegerische Versorgung für ein oder mehrere Bewohner in der Wohngruppe erbringt.

Ein konkreter Nachweis über die entstandenen Kosten für die Pflegekraft muss nicht erbracht werden.

2.5 Freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen

Ein Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI besteht nicht, wenn die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt ist. Die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen ist eingeschränkt, wenn z.B. im Mietvertrag die Inanspruchnahme eines bestimmten ambulanten Pflegedienstes vereinbart wird. Dies gilt z.B. auch, wenn die Wohngruppe von einem ambulanten Pflegedienst betrieben wird und die Aufnahme und der Verbleib in der Wohngruppe von dem Abschluss eines Pflegevertrages mit dem Betreiber abhängig gemacht werden. Die einzelnen Bewohner einer Wohngruppe haben ebenso wie auch sonst bei häuslicher Pflege selbst die Wahl zwischen verschiedenen ambulanten Pflegediensten. Unabhängig davon können sich alle oder einzelne Bewohner der Wohngruppe auf die Inanspruchnahme desselben ambulanten Pflegedienstes verständigen.

3. Leistungshöhe und Zahlungsweise

Die Höhe des Wohngruppenzuschlags beträgt pauschal 200,00 EUR monatlich und ist zweckgebunden. Der Anspruch besteht ab dem Monat der Antragstellung für jeden Teilmonat ungekürzt (z.B. bei Einzug, Auszug, Tod, Krankenhausaufenthalt). Die Auszahlung erfolgt wie beim Pflegegeld monatlich im Voraus an den Pflegebedürftigen selbst.

§ 39 SGB XI Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 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. Dieser Anspruch besteht seit 01.01.2013 bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, auch für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen (vgl. Ziffer 1 zu § 123 SGB XI).

An der Pflege gehinderte Pflegepersonen sind Angehörige, der Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte oder sonstige Personen, die einen Anspruchsberechtigten 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 1.550,00 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 Anspruchsberechtigten 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. Für Anspruchsberechtigte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gelten seit 01.01.2013 die festgelegten Pflegegeldbeträge nach § 123 SGB XI.

Insgesamt ist der Anspruch auf Ersatzpflege 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 besteht seit 30.10.2012 neben dem Anspruch auf Ersatzpflege zusätzlich ein Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes. Abweichend davon wird für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI).

Bei stundenweiser Leistungserbringung ist auch eine Inanspruchnahme von Ersatzpflege möglich. Ist in diesen Fällen die Pflegeperson weniger als 8 Stunden am Tag verhindert, so erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.550,00 EUR, nicht aber auf die Höchstdauer von 28 Tagen. Entscheidend für die Anrechnung auf die Höchstdauer ist der tatsächliche Verhinderungszeitraum der Pflegeperson und nicht die Dauer der Inanspruchnahme der Ersatzpflegeperson (oder des Pflegedienstes, des familienentlastenden Dienstes etc.). Ist die Pflegeperson beispielsweise an 8 Stunden verhindert und wird die Ersatzpflege nur an zwei Stunden in Anspruch genommen, erfolgt sowohl eine Anrechnung auf den Höchstbetrag als auch eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 28 Tagen.

Bei einer stundenweisen Verhinderung der Pflegeperson von weniger als 8 Stunden besteht wie bisher ein Anspruch auf das volle Pflegegeld. 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 2.2), da in diesen Fällen nicht von einer erwerbsmäßigen Pflege auszugehen ist. In den Fällen, in denen es zu einer Kürzung des Pflegegeldes bei nicht erwerbsmäßiger Pflege kommt, kann es für den Anspruchsberechtigten 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.

Beispiel 1

Die Pflegeperson eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe II ist vom 02.11. bis 07.11.2012 (6 Kalendertage) in der Zeit von 08.00 Uhr bis 17.00 Uhr verhindert. Die Ersatzpflege wird von der nicht mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter in der Zeit von 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr erbracht.

Kostenübernahme für die Ersatzpflege
in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe II
440,00 EUR x 6 Kalendertage : 28 = 94,29 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 02.11. und 07.11.2012

volles Pflegegeld (2/30 von 440,00 EUR) = 29,33 EUR

vom 03.11. bis 06.11.2012

hälftiges Pflegegeld (4/30 von 220,00 EUR) = 29,33 EUR

Ergebnis:

Im Kalenderjahr 2012 besteht noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege in Höhe von 1.455,71 EUR (1.550,00 EUR – 94,29 EUR). Da die Pflegeperson täglich 9 Stunden verhindert ist, erfolgt ebenfalls eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 28 Tagen, so dass noch ein Restanspruch auf 22 Kalendertage besteht.

Aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson von mehr als 8 Stunden wird für vier Tage (03.11.2012 bis 06.11.2012) das Pflegegeld in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes fortgezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das volle Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 2

Die Pflegeperson eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe II ist erstmalig vom 09.11. bis 10.11.2012 (2 Kalendertage) in der Zeit von 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr verhindert. Vom 16.11. bis 20.11.2012 (5 Kalendertage) ist die Pflegeperson erneut verhindert. Dieses Mal in der Zeit von 09.00 Uhr bis 15.00 Uhr. Die Ersatzpflege wird von der nicht mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter jeweils in der Zeit von 10.00 Uhr bis 15.00 Uhr erbracht.

Verhinderungszeitraum vom 09.11. bis 10.11.2012

Kostenübernahme für die Ersatzpflege
in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe II
440,00 EUR x 2 Kalendertage : 28 = 31,43 EUR

Berechnung des Pflegegeldanspruches:
vom 09.11. bis 10.11.2012
volles Pflegegeld (2/30 von 440,00 EUR) = 29,33 EUR

Verhinderungszeitraum vom 16.11. bis 20.11.2012

Kostenübernahme für die Ersatzpflege
in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe II
440,00 EUR x 5 Kalendertage: 28 = 78,57 EUR

Berechnung des Pflegegeldanspruches:
vom 16.11. bis 20.11.2012
volles Pflegegeld (5/30 von 440,00 EUR) = 73,33 EUR

Ergebnis:

Im Kalenderjahr 2012 besteht noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege in Höhe von 1.440,00 EUR (1.550,00 EUR – 31,43 EUR – 78,57 EUR). Da die Pflegeperson in dem Verhinderungszeitraum vom 09.11.2012 bis 10.11.2012 täglich an 8 Stunden verhindert ist, erfolgt eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 28 Tagen. Das Pflegegeld wird für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege in voller Höhe gezahlt (Verhinderungszeitraum 09.11.2012 bis 10.11.2012).

Eine Anrechnung der Verhinderungstage vom 16.11.2012 bis 20.11.2012 auf die Höchstanspruchsdauer von 28 Tagen erfolgt nicht, da die Pflegeperson täglich nur 6 Stunden verhindert ist. Aus diesem Grund wird das Pflegegeld in voller Höhe weitergezahlt.

Die Kosten der Ersatzpflege können bis zum Höchstbetrag von 1.550,00 EUR ohne anteilige Kürzung zusätzlich zur (ungekürzten) Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI ggf. i.V.m. § 123 SGB XI erstattet werden. Dies kann im Einzelfall – bei einem Pflegebedürftigen der

Pflegestufe III – dazu führen, dass in einem Monat bis zu 3.100,00 EUR und in Härtefällen sogar bis zu 3.468,00 EUR von der Pflegekasse übernommen werden. Somit ist die üblicherweise anfallende Sachleistung auch im Falle der Verhinderung der Pflegeperson weiterhin als Sachleistung nach § 36 SGB XI abzurechnen.

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

Beispiel 3

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. Bezüglich der Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI).

2. Anspruchsvoraussetzungen

(1) Voraussetzung für die Leistung nach § 39 SGB XI ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Dies ist jedoch nicht so zu verstehen, dass bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI vorgelegen und dieselbe Pflegeperson den Pflegebedürftigen sechs Monate gepflegt haben muss. Die Gesetzesmaterialien geben hierzu keine Hinweise. Diese Regelung wird dahingehend ausgelegt, dass die Wartezeit von sechs 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 Pflege Tätigkeit wiederum sechs Monate gepflegt haben muss. Für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestu-

fe gelten die zuvor aufgeführten Grundsätze entsprechend. Die Wartezeit von sechs Monaten ist erfüllt, wenn die Person in diesem Zeitraum betreut worden ist.

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

2.1 Ersatzpflege außerhalb der Häuslichkeit des Anspruchsberechtigten

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 Anspruchsberechtigten 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. 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 Pflegegeldempfänger der Pflegestufe II wird vom 11.11. bis 03.12.2012 (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 für Ersatzpflege	1.224,00 EUR
------------------------------------	--------------

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

für den 11.11. und 03.12.2012

volles Pflegegeld (2/30 von 440,00 EUR)	= 29,33 EUR
---	-------------

vom 12.11. bis 02.12.2012

hälftiges Pflegegeld (21/30 von 220,00 EUR)	= 154,00 EUR
---	--------------

Im laufenden Kalenderjahr 2012 besteht noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 5 Kalendertage bzw. in Höhe von 326,00 EUR (1.550,00 EUR – 1.224,00 EUR).

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt und aus Deutschland heraus organisierter Ersatzpflege (mitreisende Ersatzpflegekraft) besteht Anspruch auf Ersatzpflege (vgl. Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 11.05.2007, Az.: L 4 P 2828/06). Diese Regelung gilt weltweit (vgl. Ziffer 1 zu § 34 SGB XI).

2.1.1 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, 37, 123 Abs. 3 und 4 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. Hat der Pflegebedürftige vor der Ersatzpflege Pflegegeld bezogen, besteht ein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes von bis zu vier Wochen. 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.

2.2 Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Anspruchsberechtigten 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 Anspruchsberechtigten 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 nach § 37 Abs. 1 SGB XI beschränkt. Für Anspruchsberechtigte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gelten seit 01.01.2013 die festgelegten Pflegegeldbeträge nach § 123 SGB XI. Werden aber höhere notwendige Aufwendungen durch die Pflegeperson nachgewiesen, wie z.B. Verdienstausschlag oder Fahrkosten, so kann in diesen besonders gelagerten Fällen eine Kostenerstattung bis zu 1.550,00 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 zurzeit 130,00 EUR bzw. 150,00 EUR erfolgt nicht.

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

Verschwägte (§ 1590 BGB) des Anspruchsberechtigten 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 Versicherten ohne Pflegestufe, der in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Tochter vom 03.01. bis 30.01.2013 (28 Kalendertage) durchgeführt. Von der Tochter werden Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 60,00 EUR nachgewiesen.

Kostenübernahme für die Ersatzpflege in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe 0	= 120,00 EUR
plus Fahrkosten	= <u>60,00 EUR</u>
Gesamt	= 180,00 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

für den 03.01. und 30.01.2013

volles Pflegegeld (2/30 von 120,00 EUR) = 8,00 EUR

vom 04.01. bis 29.01.2013

hälftiges Pflegegeld (26/30 von 60,00 EUR) = 52,00 EUR

Darüber hinaus ist der Anspruch auf Ersatzpflege aus zeitlichen Gründen für das laufende Kalenderjahr 2013 ausgeschöpft. Dies gilt gleichermaßen für den Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes.

Beispiel 2

Die Ersatzpflege bei einem Pflegegeldempfänger der Pflegestufe I wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn vom 20.11.2012 bis 10.12.2012 (21 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden Verdienstaussfall 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 für die Ersatzpflege
in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe I

235,00 EUR x 21 Kalendertage : 28 = 176,25 EUR

plus Fahrkosten = 84,00 EUR

plus Verdienstaussfall = 1.445,00 EUR

Gesamt = 1.705,25 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

für den 20.11. und 10.12.2012

volles Pflegegeld (2/30 von 235,00 EUR) = 15,67 EUR

vom 21.11. bis 09.12.2012

hälftiges Pflegegeld (19/30 von 117,50 EUR) = 74,42 EUR

Da der Höchstbetrag überschritten wird, können maximal 1.550,00 EUR erstattet werden. Darüber hinaus ist der Anspruch auf Ersatzpflege für das laufende Kalenderjahr 2012 ausgeschöpft. Dies gilt gleichermaßen für den Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes.

Beispiel 3

Teil 1

Die Ersatzpflege bei einem Pflegegeldempfänger der Pflegestufe III wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Schwester vom 18.11. bis 22.11.2012 (5 Kalendertage) durchgeführt. Von der Schwester werden Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 30,00 EUR nachgewiesen.

Kostenübernahme für die Ersatzpflege in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe III 700,00 EUR x 5 Kalendertage : 28	= 125,00 EUR
plus Fahrkosten	= <u>30,00 EUR</u>
Erstattungsbetrag	= 155,00 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche: für den 18.11. und 22.11.2012 volles Pflegegeld (2/30 von 700,00 EUR)	= 46,67 EUR
vom 19.11 bis 21.11.2012 hälftiges Pflegegeld (3/30 von 350,00 EUR)	= 35,00 EUR

Es besteht im laufenden Kalenderjahr 2012 noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 23 Kalendertage bzw. in Höhe von 1.395,00 EUR (1.550,00 EUR – 155,00 EUR).

Teil 2

Darüber hinaus wird die Ersatzpflege für diesen Pflegebedürftigen in einem Wohnheim für behinderte Menschen vom 09.12.2012 bis 31.12.2012 (23 Kalendertage) erbracht. An pflegebedingten Aufwendungen werden 1.451,30 EUR (täglich 63,10 EUR) nachgewiesen. Da nur noch ein Restbetrag von 1.395,00 EUR zur Verfügung steht, kann dieser erstattet werden.

Berechnung der Pflegegeldansprüche: für den 09.12. und 31.12.2012 volles Pflegegeld (2/30 von 700,00 EUR)	= 46,67 EUR
vom 10.12. bis 30.12.2012 hälftiges Pflegegeld (21/30 von 350,00 EUR)	= 245,00 EUR

2.3 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Ersatzpflege von mehr als vier Wochen durch Pflegepersonen, die mit dem Anspruchsberechtigten 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 bzw. bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz seit 01.01.2013 nach § 123 SGB XI 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 Pflegegeldempfänger der Pflegestufe II wird von dessen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährtin vom 01.11. bis 30.11.2012 (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 (440,00 EUR) nicht in Betracht.

Kostenerstattung für die Ersatzpflege in Höhe von 980,00 EUR (35,00 EUR x 28 Kalendertage). Der Pflegebedürftige hat darüber hinaus einen Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes vom 02.11. bis 27.11.2012. Für den 01.11.2012 wird volles Pflegegeld gezahlt.

Aufgrund der ab 28.11.2012 weiterhin sichergestellten Pflege besteht ab diesem Zeitpunkt Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI entsprechend der festgestellten Pflegestufe.

Der Anspruch auf Ersatzpflege ist aus zeitlichen Gründen für das laufende Kalenderjahr 2012 ausgeschöpft. Dies gilt gleichermaßen für die Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes.

Beispiel 2

Die Ersatzpflege bei einem Pflegegeldempfänger der Pflegestufe II wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Tochter vom 01.11. bis 05.12.2012 (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 (440,00 EUR) nicht in Betracht.

Der Höchstbetrag (2.100,00 EUR + 183,70 EUR : 35 Tage = 65,25 EUR x 24 Kalendertage = 1.566,00 EUR) wird bereits am 24.11.2012 überschritten. Für den Zeitraum vom 01.11.2012 bis 24.11.2012 werden 1.550,00 EUR erstattet. Für die Zeit vom 02.11.2012 bis 23.11.2012 besteht ein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes. Für den 01.11.2012 wird ein volles Pflegegeld gezahlt.

Aufgrund der ab dem 24.11.2012 weiterhin sichergestellten Pflege besteht ab diesem Zeitpunkt Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI entsprechend der festgestellten Pflegestufe.

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 Pflegegeldempfänger der Pflegestufe III wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Tochter in der Zeit vom 01.11. bis 14.11.2012 (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 für die Ersatzpflege
in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe III
700,00 EUR x 14 Kalendertage : 28 = 350,00 EUR
plus 14 Kalendertage x 12,00 EUR Fahrkosten = 168,00 EUR
Erstattungsbetrag = 518,00 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 01.11. und 14.11.2012
volles Pflegegeld (2/30 von 700,00 EUR) = 46,67 EUR
vom 02.11. bis 13.11.2012
hälftiges Pflegegeld (12/30 von 350,00 EUR) = 140,00 EUR

Es besteht im laufenden Kalenderjahr 2012 noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 14 Kalendertage bzw. in Höhe von 1.032,00 EUR.

Teil 2

Erneute Ersatzpflege durch die Tochter in der Zeit vom 26.11. bis 15.12.2012 (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 = 518,00 EUR, für die restlichen 14 Kalendertage), da eine Kumulation nicht erfolgt und die zweite Ersatzpflege nicht länger als 28 Kalendertage andauert.

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 26.11.2012
volles Pflegegeld (1/30 von 700,00 EUR) = 23,33 EUR
vom 27.11 bis 08.12.2012
hälftiges Pflegegeld (12/30 von 350,00 EUR) = 140,00 EUR

Darüber hinaus ist der Anspruch auf Ersatzpflege für das laufende Kalenderjahr 2012 aus zeitlichen Gründen ausgeschöpft. Eine Neuberechnung für die Ersatzpflege vom 01.11.2012 bis 14.11.2012 erfolgt nicht. Dies gilt gleichermaßen für die Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes. Ab dem 09.12.2012 wird wieder volles Pflegegeld aufgrund der sichergestellten Pflege gezahlt.

Beispiel 4

Teil 1

Die Ersatzpflege bei einem Pflegegeldempfänger der Pflegestufe III wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Schwiegertochter in der Zeit vom 18.09. bis 27.09.2012 (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 für die Ersatzpflege in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe III

700,00 EUR x 10 Kalendertage : 28	= 250,00 EUR
plus 10 Kalendertage x 3,20 EUR Fahrkosten	= <u>32,00 EUR</u>
Erstattungsbetrag	= 282,00 EUR

Es besteht kein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes, da § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI erst am 30.10.2012 in Kraft getreten ist. Im laufenden Kalenderjahr 2012 besteht noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 18 Kalendertage bzw. in Höhe von 1.268,00 EUR.

Teil 2

Erneute Ersatzpflege durch die Schwiegertochter in der Zeit vom 09.11. bis 13.12.2012 (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 (700,00 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

Da die Leistungen der Ersatzpflege im Vergleich zu Teil 1 nach Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes am 30.10.2012 in Anspruch genommen wurden, hat der Pflegebedürftige einen Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes vom 10.11.2012 bis 25.11.2012. Für den 09.11.2012 wird ein volles Pflegegeld gezahlt sowie ab dem 26.11.2012, da der zeitliche Anspruch auf Ersatzpflege ausgeschöpft ist.

2.4 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit einer Ersatzpflegeperson, die mit dem Anspruchsberechtigten bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt und im laufenden Jahr bereits einen anderen Anspruchsberechtigten 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 Anspruchsberechtigter über einen Zeitraum von mehr als einer Woche gepflegt wurde. Sollte es sich bei der ersten Ersatzpflege im laufenden Jahr um einen Anspruchsberechtigten 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 2.3).

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III nimmt Sachleistungen in voller Höhe in Anspruch und wird zusätzlich von seiner Ehefrau gepflegt. Die Ersatzpflege wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Enkeltochter in der Zeit vom 01.08. bis 14.08.2012 (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 17.12.2011 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 01.08.2012 anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den Betrag des Pflegegeldes der Pflegestufe III (700,00 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 2012 noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 14 Kalendertage bzw. in Höhe von 840,00 EUR

2.5 Ersatzpflege durch nahe Angehörige bei Arbeitsfreistellung nach dem PflegeZG

Sofern im Zusammenhang mit den arbeitsrechtlichen Ansprüchen Beschäftigter auf Freistellung von der Arbeitsleistung für die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (kurzzeitige Arbeitsverhinderung im Umfang von bis zu 10 Arbeitstagen nach § 2 PflegeZG bzw. Pflegezeit von bis zu sechs Monaten nach §§ 3 und 4 PflegeZG) kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht (§ 2 Abs. 3 PflegeZG), kann der Verdienstausfall als Aufwand der Ersatzpflege im Sinne des § 39 Satz 5 SGB XI berücksichtigt werden, wenn folgende Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind:

- es handelt sich um eine Ersatzpflege nach § 39 Satz 1 SGB XI, d. h. der nach dem PflegeZG von seiner Arbeitsleistung freigestellte Beschäftigte übernimmt die Pflege als Ersatz für eine an der Pflege gehinderte Pflegeperson; dass der von seiner Arbeitsleistung freigestellte Beschäftigte für die Zeit der Freistellung zur ggf. alleinigen Hauptpflegeperson wird, ist dabei unerheblich,
- die Wartezeit von sechs Monaten nach § 39 Satz 2 SGB XI ist erfüllt (vgl. auch Ziffer 2),
- es handelt sich um die Pflege eines nahen Angehörigen im Sinne von § 7 Abs. 2 PflegeZG (Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder oder Enkelkinder),
- die Pflege wird in häuslicher Umgebung durchgeführt.

2.6 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 1.550,00 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 17.08.2012 (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 Ersatzpflege	= 1.150,00 EUR
in Höhe der allgemeinen Pflegeleistungen	= 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 2012 noch ein Restanspruch auf Ersatzpflege für 11 Kalendertage bzw. in Höhe von 352,40 EUR.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III nimmt Sachleistungen in voller Höhe in Anspruch und wird zusätzlich von seiner Ehefrau gepflegt.

In der Zeit vom 15.08. bis 14.09.2012 (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 15.08.2012 bis 09.09.2012 max. 1.550,00 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 2012 ist ausgeschöpft.

2.7 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 5.3 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 ggf. unter Berücksichtigung der in § 123 SGB XI festgelegten Pflegegeldbeträge 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 ggf. unter Berücksichtigung der in § 123 SGB XI festgelegten Pflegegeldbeträge entsprechend der festgestellten Pflegestufe zu.

(3) Versicherte ohne Pflegestufe, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, haben keinen Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege bzw. vollstationäre Pflege (vgl. § 123 Abs. 2 SGB XI). Ist der Leistungsrahmen der Ersatzpflege ausgeschöpft, steht ihnen lediglich ein Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes nach § 123 Abs. 2 SGB XI zu.

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger in der Pflegestufe II stellt für den Zeitraum vom 01.09. bis 15.10.2012 einen für dieses Kalenderjahr erstmaligen Antrag auf Ersatzpflege für die Unterbringung in einer nicht zugelassenen Pflegeeinrichtung. Die pflegebedingten Aufwendungen betragen täglich 58,00 EUR.

Ergebnis:

Der Höchstbetrag in Höhe von 1.550,00 EUR wird bereits am 27.09.2012 ausgeschöpft. Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI besteht für den 01.09.2012 und für die Zeit ab dem 27.09.2012 für die restliche Dauer der Unterbringung.

§ 40 SGB XI

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(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 Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 2 557 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 10 228 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

(5) Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. Zur Gewährleistung einer Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung. Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. Für die nach Satz 3 bestimmten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches; für die Prüfung des Leistungsanspruchs gilt § 275 Abs. 3 des Fünften Buches. Die Regelung dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen nach § 28 Abs. 2.

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). Die Regelung gilt seit 01.01.2013 gem. § 123 Abs. 2 SGB XI auch für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) ohne Pflegestufe. Ein Anspruch auf Pflegehilfsmittel besteht nur bei häuslicher Pflege.

(2) Nach § 78 Abs. 2 Satz 2 SGB XI erstellt der GKV-Spitzenverband 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 GKV-Spitzenverband 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 31,00 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 GKV-Spitzenverband 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 31,00 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 25,00 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 Versicherte, 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 Versicherten für Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 3 SGB XI sowie für Hilfsmittel nach § 33 Abs. 8 SGB V (und weitere nach §§ 61, 62 SGB V berücksichtigungsfähige Zuzahlungen) einzubeziehen. Nicht berücksichtigt werden

- Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, die über 31,00 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 Abs. 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.

Ungeachtet der Zuordnung der Produkte zu den vorgenannten Verzeichnissen ist die Prüfung des Leistungsanspruchs jeweils nach den konkreten Umständen des Einzelfalls vorzunehmen. Dabei sind die medizinischen Voraussetzungen einer möglichen Hilfsmittelversorgung der Krankenkassen nach § 33 SGB V stets vorrangig zu prüfen. Erst wenn medizinisch der Anspruch gegen die Krankenkasse zu verneinen ist, ist der Weg für eine Prüfung der pflegerischen Voraussetzungen eines Anspruchs nach § 40 SGB XI eröffnet. Ein Anspruch nach § 40 Abs. 1 SGB XI besteht von daher nur dann, wenn

- das beantragte 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 Produkten, 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). Die Regelung gilt seit 01.01.2013 gem. § 123 Abs. 2 SGB XI auch für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) ohne Pflegestufe.

(2) Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Anspruchsberechtigten 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 Anspruchsberechtigten und der Pflegenden verhindert oder
- eine möglichst selbständige Lebensführung des Anspruchsberechtigten 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 eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendigerweise benötigt werden (z.B. Treppenlifter, Aufzüge, Einbau von Fenstern mit Griffen in rollstuhlgerechter Höhe),
- Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind und damit der Gebäudesubstanz auf Dauer hinzugefügt werden (z.B. Türverbreiterung, fest installierte Rampen, Erstellung von Wasseranschlüssen bei der Herstellung von hygienischen Einrichtungen, Einbau individueller Liftsysteme im Bad),
- technische Hilfen im Haushalt (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 Anspruchsberechtigten liegt auch vor, wenn den Besonderheiten des Einzelfalles durch einen Umzug in eine den Anforderungen des Anspruchsberechtigten 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 Anspruchsberechtigten oder in dem Haushalt, in den er aufgenommen wurde, in Betracht. Entscheidend ist, dass es sich um den auf Dauer angelegten, unmittelbaren Lebensmittelpunkt des Anspruchsberechtigten handelt. In Alten- und Pflegeheimen sowie Wohneinrichtungen, die vom Vermieter gewerbsmäßig nur an Anspruchsberechtigte 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 Anspruchsberechtigten 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 Anspruchsberechtigten, 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 Anspruchsberechtigten 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

Der Zuschuss beträgt je Maßnahme bis zu 2.557,00 EUR. Er ist auf die tatsächlichen Kosten der Maßnahme begrenzt. Überschreiten die Kosten der Maßnahme 2.557,00 EUR, ist der über dem Zuschuss liegende Betrag von dem Anspruchsberechtigten selbst zu tragen.

Bei Antragstellungen ab dem 30.10.2012 entfällt eine Einkommensprüfung zur Feststellung des Eigenanteils bei Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.

5.1 Berücksichtigungsfähige Kosten

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, Verdienstaussfall) zugrunde zu legen.

5.2 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.

5.3 Umbaumaßnahmen in Wohnungen, in denen mehrere Pflegebedürftige wohnen

(1) Leben mehrere Anspruchsberechtigte in einer gemeinsamen Wohnung, kann der Zuschuss für dieselbe Maßnahme zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes für jeden Anspruchsberechtigten maximal 2.557,00 EUR betragen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf insgesamt 10.228,00 EUR begrenzt und wird gleichmäßig auf die Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

(2) Die beteiligten Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen erstatten von den Gesamtkosten einen gleichmäßigen Anteil, sofern der Anspruch nicht ausgeschöpft ist. Dieser Anteil errechnet sich aus den Gesamtkosten geteilt durch die Anzahl der Anspruchsberechtigten. Zur Abrechnung ist für jeden Anspruchsberechtigten von der erstantergangenen Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen eine Kopie der Originalrechnung mit der Bestätigung zur Verfügung zu stellen, dass der Originalbeleg vorliegt. Zudem muss die Höhe des Erstattungsbetrages bescheinigt werden.

(3) Leben die Pflegebedürftigen in einer ambulant betreuten Wohngruppe (§ 38a SGB XI) und liegen die Anspruchsvoraussetzungen nach § 40 Abs. 4 SGB XI vor, können diese Leistungen ergänzend zu den Leistungen nach § 45e SGB XI in Anspruch genommen werden (vgl. Ziffer 1 zu § 45e SGB XI). Insgesamt können die Gesamtkosten der Maßnahme immer nur unter Berücksichtigung der Höchstgrenze der jeweiligen Zuschüsse nach §§ 40 Abs. 4 und 45e Abs. 1 SGB XI übernommen werden.

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 Kriegsopferversorge (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 Anspruchsberechtigten auf die ggf. bestehenden wei-

ter gehenden 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. 1d i.V.m. § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung – SchwbAV). Diese Leistungen gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor, so dass grundsätzlich bei berufstätigen Anspruchsberechtigten, 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 oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter hat in dem im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit anzufertigenden Gutachten (vgl. Ziffer G "Formulgutachten 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/6.6 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 Anspruchsberechtigten hinsichtlich der Zuschussung 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 Anspruchsberechtigten gerecht wird.

Dabei ist vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (vgl. § 29 SGB XI) und der begrenzten Zuschussmöglichkeit – auch im Interesse der Anspruchsberechtigten – 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 5.1). Beauftragt der Anspruchsberechtigte 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 Anspruchsberechtigten 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 Anspruchsberechtigten 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 (auch unterhalb Pflegestufe I) stehen.

So ist z.B. der Einbau eines nicht vorhandenen Bades grundsätzlich eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung; ist der 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 Anspruchsberechtigte 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 Anspruchsberechtigten 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 Treppenliften
Türen, Türansläge 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)
Türen, Türansläge und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen, z.B. auch zum Balkon Veränderung der Türansläge, 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 Absenkung eines Türspions
Fenster	Absenkung der Fenstergriffe Anbringung von elektrisch betriebenen Rollläden, so-

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
	fern der Anspruchsberechtigte 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	<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 (auch unterhalb Pflegestufe I nach § 123 SGB XI) Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann</p>
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Belag
Kücheneinrichtung	<p>Veränderung der Höhe von z.B. Herd, Kühlschrank, Arbeitsplatte, Spüle als Sitzarbeitsplätze</p> <p>Schaffung einer mit dem Rollstuhl unterfahrbaren Kücheneinrichtung</p> <p>Absenkung von Küchenoberflächen (ggf. maschinelle Absenkvorrichtung)</p> <p>Schaffung von herausfahrbaren Unterschränken (ggf. durch Einhängkörbe)</p>

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	Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit (auch unterhalb Pflegestufe I nach § 123 SGB XI) Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann
Badewanne	Badewanneneinstiegshilfen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag Schaffung rutschhemmender Bodenbeläge in der Dusche
Duschplatz	Einbau einer Dusche, wenn der Einstieg in eine Badewanne auch mit Hilfsmitteln nicht mehr ohne fremde Hilfe möglich ist Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche
Einrichtungsgegenstände	Anpassung der Höhe
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

§ 41 SGB XI **Tagespflege und Nachtpflege**

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

(2) Die Pflegekasse übernimmt 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.

(7) In Fällen, in denen Pflegebedürftige ambulante Pflegesachleistungen und Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen, sind die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen vorrangig vor den Vergütungen für Tages- und Nachtpflege abzurechnen und zu bezahlen.

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 420,00 EUR ab 01.07.2008,
 - b) bis zu 440,00 EUR ab 01.01.2010,
 - c) bis zu 450,00 EUR ab 01.01.2012,
- bei der Pflegestufe II:
 - a) bis zu 980,00 EUR ab 01.07.2008,
 - b) bis zu 1.040,00 EUR ab 01.01.2010,
 - c) bis zu 1.100,00 EUR ab 01.01.2012 und
- bei der Pflegestufe III:
 - a) bis zu 1.470,00 EUR ab 01.07.2008,
 - b) bis zu 1.510,00 EUR ab 01.01.2010,
 - c) bis zu 1.550,00 EUR ab 01.01.2012.

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. Der Pflegebedürftige kann diese Ansprüche frei miteinander kombinieren (§ 41 Abs. 3 SGB XI).

In Fällen der Kombination von Tages- und Nachtpflege mit Pflegesachleistungen erfüllt die Pflegekasse gemäß § 41 Abs. 7 SGB XI zunächst die Forderung des ambulanten Pflegedienstes (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI). Hierdurch wird dem Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege Rechnung getragen.

Mit Inkrafttreten des § 123 SGB XI zum 01.01.2013 haben Pflegebedürftige in den Pflegestufen I oder II, die wegen einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz die Voraussetzungen nach § 45a SGB XI erfüllen, Anspruch auf ein erhöhtes Pflegegeld oder erhöhte Pflegesachleistungen. Die erhöhten Leistungsbeträge sind bei Fällen der Kombination von Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistung zu berücksichtigen (vgl. Ziffer 1 zu § 123 SGB XI).

3.2 Kombination der Pflegesachleistungen mit Tages- und Nachtpflege

3.2.1 Kombination der Pflegesachleistungen mit Tages- und Nachtpflege bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III

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 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 § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen werden.

Wird Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. der Leistungshöchstbeträge nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen, wird der Sachleistungsanspruch um den über 50 liegenden Vomhundertsatz gemindert. Hierbei ist zu beachten, dass die Leistungshöchstbeträge nach § 41 Abs. 2 SGB XI nicht überschritten werden dürfen.

Eine Aufstockung des Sachleistungsanspruchs auf über 100 v. H. der Leistungshöchstbeträge nach § 36 Abs. 3 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 SGB XI vorgesehenen Höchstbeträge.

Unabhängig von den vorstehenden Ausführungen ist zunächst die Forderung des ambulanten Pflegedienstes (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI) zu erfüllen (vgl. Ziffer 3.1).

Beispiel 1

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2012

Sachleistungsanspruch	bis zu	1.550,00 EUR
in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege (= 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)		775,00 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 2012

Sachleistungsanspruch bis zu 1.085,00 EUR

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 1.240,00 EUR
(= 80 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)

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 1.550,00 EUR = 1.085,00 EUR).

Beispiel 3

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2012

Sachleistungsanspruch bis zu 1.550,00 EUR

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 542,50 EUR
(= 35 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)

Es bleibt bei dem auf den Höchstbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI begrenzten Sachleistungsanspruch. Eine Aufstockung des Anspruchs um die nicht in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege bis zu 50 v. H. erfolgt nicht.

3.2.2 Kombination der Pflegesachleistungen mit Tages- und Nachtpflege bei Vorliegen eines Härtefalles

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 1.550,00 EUR und auf die (Härtefall-) Sachleistungen von 1.918,00 EUR nicht überschritten wird, können die Leistungen bis zum Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 2.877,00 EUR flexibel miteinander kombiniert werden. Die prozentuale Berechnung der in Anspruch genommenen Tages- und Nachtpflege erfolgt von daher auf der Grundlage des Sachleistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI (1.918,00 EUR).

Auch hier gilt, dass zunächst die Forderung des ambulanten Pflegedienstes (Pfleagesachleistung nach § 36 SGB XI) erfüllt wird (vgl. Ziffer 3.1).

Beispiel 1

Pfleagesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2012, für den die Härtefallregelung nach § 36 Abs. 4 SGB XI Anwendung findet

Sachleistungsanspruch bis zu 1.534,40 EUR
(= 80 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI)

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 1.342,60 EUR
(= 70 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI)

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 70 v. H.) in Anspruch genommen wird, ist der Sachleistungsanspruch um den über 50 liegenden Vomhundertsatz ($70 - 50 = 20$) zu mindern. Der Sachleistungsanspruch beträgt demnach bis zu 80 v. H. des für Härtefälle vorgesehenen Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI (80 v. H. von 1.918,00 EUR = 1.534,40 EUR).

Beispiel 2

Pfleagesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2012, für den die Härtefallregelung nach § 36 Abs. 4 SGB XI Anwendung findet.

Sachleistungsanspruch bis zu 1.918,00 EUR
(= 100 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI)

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 959,00 EUR
(= 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI)

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von bis zu 50 v. H. in Anspruch genommen wird, besteht noch ein Sachleistungsanspruch in Höhe von 100 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI (1.918,00 EUR).

3.2.3 Kombination der Pflegesachleistungen mit Tages- und Nachtpflege bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Für die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 Abs. 2 SGB XI sind keine erhöhten Leistungsansprüche bei Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz vorgesehen (§ 123 Abs. 3 und 4 SGB XI).

Die Anwendung der Regelung des § 41 Abs. 4 Satz 2 SGB XI würde sich bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ggf. nachteilig für die Versicherten auswirken. Vor diesem Hintergrund ist im Hinblick auf die gesetzgeberische Intention der Förderung der Tagespflege auf die Sachleistungshöchstbeträge nach § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI abzustellen.

D. h., sofern der jeweilige Höchstanspruch auf die Tages- und Nachtpflege bei Pflegestufe I von 450,00 EUR und auf die Sachleistungen nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI von 665,00 EUR nicht überschritten wird, können die Leistungen bis zum Gesamtleistungsanspruch in Höhe von bis zu 997,50 EUR flexibel miteinander kombiniert werden.

Bei Pflegestufe II können die Leistungen bis zum Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 1.875,00 EUR flexibel miteinander kombiniert werden, wenn der jeweilige Höchstanspruch auf Tages- und Nachtpflege von 1.100,00 EUR und der Sachleistungsanspruch nach § 123 Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI von 1.250,00 EUR nicht überschritten wird. Die prozentuale Berechnung der in Anspruch genommenen Tages- und Nachtpflege erfolgt von daher auf der Grundlage des Sachleistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 3 oder 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI (665,00 EUR oder 1.250,00 EUR).

Für die Pflegestufe III ist keine zusätzliche Leistung nach § 123 SGB XI vorgesehen, sodass eine Aufstockung der Pflegesachleistung nicht erfolgt.

Beispiel 1

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI im Juni 2013

Sachleistungsanspruch bis zu 1.000,00 EUR
(= 80 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI)

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 875,00 EUR
(= 70 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI)

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 70 v. H.) in Anspruch genommen wird, ist der Sachleistungsanspruch um den über 50 liegenden Vomhundertsatz ($70 - 50 = 20$) zu mindern. Der Sachleistungsanspruch beträgt demnach bis zu 80 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI (80 v. H. von 1.250,00 EUR = 1.000,00 EUR).

Beispiel 2

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe I mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gem. § 45a SGB XI im Februar 2013

Sachleistungsanspruch bis zu 665,00 EUR
(= 100 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI)

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 266,00 EUR
(= 40 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI)

Es bleibt bei dem auf den Höchstbetrag nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI begrenzten Sachleistungsanspruch. Eine Aufstockung des Anspruchs um die nicht in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege bis zu 50 v. H. erfolgt nicht.

Beispiel 3

Pflegesachleistung und Tages- und Nachtpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe I mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gem. § 45a SGB XI im Februar 2013

Sachleistungsanspruch bis zu 547,50 EUR
(= 82,33 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI)

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 525,00 EUR
Begrenzung auf 450,00 EUR (Höchstbetrag nach § 41 Abs. 2 SGB XI)
(= 67,67 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI)

Da die Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 67,67 v. H.) in Anspruch genommen wird, ist der Sachleistungsanspruch um den über 50 liegenden Vomhundertsatz ($67,67 - 50 = 17,17$) zu mindern. Der Sachleistungsanspruch beträgt demnach bis zu 82,33 v. H. des Leistungsbetrages nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI ($82,33$ v. H. von 665,00 EUR = 547,50 EUR).

3.3 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld

3.3.1 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III

Wird neben der Tages- und Nachtpflege nur Pflegegeld in Anspruch genommen, bleibt der Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe erhalten, soweit Leistungen der Tages- und Nachtpflege im Umfang von bis zu 50 v. H. der Leistungshöchstbeträge nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen werden.

Wird Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. der Leistungshöchstbeträge nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen, wird der Pflegegeldanspruch um den über 50 liegenden Vomhundertsatz gemindert. Eine Aufstockung des Pflegegeldanspruchs auf über 100 v. H. erfolgt hingegen bei Inanspruchnahme der Leistungen der Tages- und Nachtpflege im Umfang von weniger als 50 v. H. der Leistungshöchstbeträge nach § 36 Abs. 3 SGB XI nicht. Auch besteht nicht die Möglichkeit, durch einen Verzicht auf einen Teil des hälftigen Pflegegeldanspruchs den Anspruch auf Tages- und Nachtpflege auf über 100 v. H. der Leistungshöchstbeträge nach § 41 Abs. 2 SGB XI aufzustoßen.

Eine Härtefallregelung bei Pflegegeldbeziehern ist nicht vorgesehen. Deshalb kommt eine Leistungserhöhung nicht in Betracht.

Beispiel 1

Tages- und Nachtpflege und Pflegegeld bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2012.

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 775,00 EUR
(= 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)

Pflegegeld 700,00 EUR

Das Pflegegeld wird nicht gemindert, da Tages- und Nachtpflege im Umfang von bis zu 50 v. H. in Anspruch genommen wird.

Beispiel 2

Tages- und Nachtpflege und Pflegegeld bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2012

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege (= 80 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)	1.240,00 EUR
Pflegegeld	490,00 EUR

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 80 v. H.) in Anspruch genommen wird, ist das Pflegegeld um den über 50 liegenden Vomhundertsatz ($80 - 50 = 30$) zu mindern. Das Pflegegeld beträgt demnach 490,00 EUR (70 v. H. von 700,00 EUR).

Beispiel 3

Tages- und Nachtpflege und Pflegegeld bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2012

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege (= 35 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)	542,50 EUR
Pflegegeld	700,00 EUR

Es bleibt bei dem Pflegegeldhöchstbetrag nach § 37 Abs. 1 SGB XI. Eine Aufstockung des Anspruchs um die nicht in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege bis zu 50 v. H. erfolgt nicht.

3.3.2 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Für die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 Abs. 2 SGB XI sind keine erhöhten Leistungsansprüche bei Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz vorgesehen (§ 123 Abs. 3 und 4 SGB XI).

Die Anwendung der Regelung des § 41 Abs. 5 Satz 2 SGB XI würde sich bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ggf. nachteilig für die Versicherten auswirken. Vor diesem Hintergrund ist im Hinblick auf die gesetzgeberische Intention der Förderung der Tagespflege auf die Sachleistungshöchstbeträge nach § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI abzustellen.

D. h., sofern der jeweilige Höchstanspruch auf die Tages- und Nachtpflege bei Pflegestufe I von 450,00 EUR nicht ausgeschöpft wird, wird das anteilige Pflegegeld auf der Grund-

lage von § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 37 Abs. 1 SGB XI, also 305,00 EUR anstatt 235,00 EUR berechnet.

Dies gilt gleichermaßen für die Pflegestufe II. Wird der jeweilige Höchstanspruch auf Tages- und Nachtpflege von 1.100,00 EUR nicht ausgeschöpft, ist das anteilige Pflegegeld auf der Grundlage von § 123 Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 37 Abs. 1 SGB XI von 525,00 EUR zu berechnen. Die prozentuale Berechnung der in Anspruch genommenen Tages- und Nachtpflege erfolgt von daher auf der Grundlage des Sachleistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 3 oder 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI (665,00 EUR oder 1.250,00 EUR).

Für die Pflegestufe III ist keine zusätzliche Leistung nach § 123 SGB XI vorgesehen, so dass eine Aufstockung des Pflegegeldes nicht erfolgt.

Beispiel 1

Tages- und Nachtpflege und Pflegegeld bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI im April 2013

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 750,00 EUR
(= 60 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI)

Pflegegeld 472,50 EUR
(= 90 v. H. des Leistungsbetrages nach § 123 Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 37 Abs. 1 SGB XI)

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 60 v. H.) in Anspruch genommen wird, ist das Pflegegeld nach § 123 Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 37 Abs. 1 SGB XI um den über 50 liegenden Vomhundertsatz ($60 - 50 = 10$) zu mindern. Das Pflegegeld beträgt demnach 472,50 EUR (90 v. H. von 525,00 EUR).

Beispiel 2

Tages- und Nachtpflege und Pflegegeld bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe I mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI im April 2013

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 450,00 EUR
(= 67,67 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI)

Pflegegeld 251,11 EUR
(= 82,33 v. H. des Leistungsbetrages nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 37 Abs. 1 SGB XI)

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 67,67 v. H.) in Anspruch genommen wird, ist das Pflegegeld nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 37 Abs. 1 SGB XI um den über 50 liegenden Vomhundertsatz ($67,67 - 50 = 17,17$) zu mindern. Das Pflegegeld beträgt demnach 251,11 EUR (82,33 v. H. von 525,00 EUR).

3.4 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Kombinationsleistung

3.4.1 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Kombinationsleistung bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III

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 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 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 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.

Unabhängig von den vorstehenden Ausführungen ist zunächst die Forderung des ambulanten Pflegedienstes (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI) zu erfüllen (vgl. Ziffer 3.1).

Beispiel 1

Tages- und Nachtpflege und Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II im September 2012

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege (30 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)	330,00 EUR
in Anspruch genommene Pflegesachleistung (60 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)	660,00 EUR
anteiliges Pflegegeld	176,00 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 440,00 EUR = 176,00 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 2012

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege (60 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)	930,00 EUR
in Anspruch genommene Pflegesachleistung (50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)	775,00 EUR
anteiliges Pflegegeld	280,00 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 700,00 EUR = 280,00 EUR) gezahlt werden.

Beispiel 3

Tages- und Nachtpflege und Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II im Juli 2012; der Pflegebedürftige ist am 18.07.2012 verstorben

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 660,00 EUR
(60 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)

in Anspruch genommene Pflegesachleistung 304,70 EUR
(27,70 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)

anteiliges Pflegegeld 274,12 EUR
(62,30 v. H. des Leistungsbetrages nach § 37 Abs. 1 SGB XI)

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. Der Anspruch auf Pflegesachleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI besteht in voller Höhe auch für einen Teilmonat. Für die Tages- und Nachtpflege sowie die Pflegeleistung wurden insgesamt 87,70 v. H. des Leistungshöchstanspruches 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 62,30 v. H. des nach § 37 Abs. 1 SGB XI maßgebenden Betrages (62,30 v. H. von 440,00 EUR = 274,12 EUR) gezahlt werden. Das anteilige Pflegegeld ist für den gesamten Juli 2012 zu zahlen (zur Leistungshöhe des Pflegegeldes im Sterbemonat vgl. Ziffer 2.3 zu § 37 SGB XI).

Beispiel 4 (Berechnung für einen Teilmonat)

Tages- und Nachtpflege und Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II im September 2012. Der Pflegebedürftige befand sich vom 09.08. bis 20.09.2012 in vollstationärer Krankenhausbehandlung.

Berechnung für den Monat August 2012

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 330,00 EUR
(30 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)

in Anspruch genommene Pflegesachleistung 165,00 EUR
(15 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)

Pflegegeld 374,00 EUR
(85 v. H. des Leistungsbetrages nach § 37 Abs. 1 SGB XI)

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 85 v. H. des nach § 37 Abs. 1 SGB XI maßgebenden Betrages (85 v. H. von 440,00 EUR = 374,00 EUR).

Berechnung für den Monat September 2012

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege (55 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 41 Abs. 2 SGB XI)	605,00 EUR
in Anspruch genommene Pflegesachleistung (35 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI)	385,00 EUR
anteiliges Pflegegeld (60 v. H. des Leistungsbetrages nach § 37 Abs. 1 SGB XI)	140,80 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. Der Anspruch auf Pflegesachleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI besteht in voller Höhe auch für einen Teilmonat. Für die Tages- und Nachtpflege sowie die Pflegesachleistung wurden insgesamt 90 v. H. des Leistungshöchstanspruches nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Im Hinblick auf den Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 v. H. besteht Anspruch auf einen Geldleistungsanteil in Höhe von 60 v. H. des nach § 37 Abs. 1 SGB XI maßgebenden Betrages (60 v. H. von 440,00 EUR = 264,00 EUR). Da bei vollstationärer Krankenhausbehandlung das anteilige Pflegegeld lediglich für bis zu vier Wochen (28 Tage) weiter gezahlt werden kann (vgl. Ziffer 2.2.2 zu § 37 SGB XI), besteht der Anspruch auf Zahlung der Geldleistung vom 01.09.2012 bis 05.09.2012 und vom 20.09.2012 bis 30.09.2012 für insgesamt 16 Tage (60 v. H. von 440,00 EUR = 264,00 EUR x 16 : 30 = 140,80 EUR).

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.

3.4.2 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Kombinationsleistung bei Vorliegen eines Härtefalles

Da § 41 SGB XI zwar einerseits für die Tages- und Nachtpflege keinen erhöhten Leistungsanspruch bei Vorliegen eines Härtefalles vorsieht, jedoch andererseits bei Kombinationsfällen mit Sach- und Geldleistung auf den erhöhten Sachleistungsanspruch nach § 36 Abs. 4 SGB XI abstellt, würde sich die Anwendung der Regelung des § 41 Abs. 6 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. 6 Satz 1 SGB XI abzustellen. D. h., dass der jeweilige Höchstanspruch auf die Tages- und Nachtpflege von 1.550,00 EUR und auf die (Härtefall-) Sachleistungen von 1.918,00 EUR nicht überschritten werden darf.

Bei einer Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 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. 4 SGB XI auszugehen.

Auch hier gilt, dass zunächst die Forderung des ambulanten Pflegedienstes (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI) erfüllt wird (vgl. Ziffer 3.1).

Beispiel 1

Tages- und Nachtpflege und Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im September 2012, 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	280,00 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 110 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 4 SGB XI in Anspruch genommen. Somit kann ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 40 v. H. des nach § 37 Abs. 1 SGB XI maßgebenden Betrages (40 v. H. von 700,00 EUR = 280,00 EUR) gezahlt werden.

3.4.3 Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Kombinationsleistung bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Für die Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 Abs. 2 SGB XI sind keine erhöhten Leistungsansprüche bei Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz vorgesehen (§ 123 Abs. 3 und 4 SGB XI).

Die Anwendung der Regelung des § 41 Abs. 6 Satz 2 SGB XI würde sich bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ggf. nachteilig für die Versicherten auswirken. Vor diesem Hintergrund ist im Hinblick auf die gesetzgeberische Intention der Förderung der Tagespflege auf die Sachleistungshöchstbeträge nach § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI abzustellen.

Bei einer Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI ist bei der Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI) auf den erhöhten Sachleistungsanspruch nach § 123 SGB XI i.V.m. § 36 SGB XI abzustellen.

Sofern der jeweilige Höchstanspruch bei Pflegestufe I auf die Tages- und Nachtpflege von 450,00 EUR und auf die Sachleistungen nach § 123 Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI von 665,00 EUR nicht überschritten wird, können die Leistungen bis zum Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 997,50 EUR miteinander kombiniert werden.

Bei Pflegestufe II können die Leistungen bis zum Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 1.875,00 EUR miteinander kombiniert werden, wenn der jeweilige Höchstanspruch auf Tages- und Nachtpflege von 1.100,00 EUR und der Sachleistungsanspruch nach § 123 Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI von 1.250,00 EUR nicht überschritten wird. Für die Höhe des anteiligen Pflegegeldes ist im Hinblick auf den Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 v. H. auf den für die Pflegestufe I bzw. II maßgeblichen erhöhten Pflegegeldanspruch nach § 123 SGB XI i.V.m. § 37 SGB XI abzustellen.

Für die Pflegestufe III ist keine zusätzliche Leistung nach § 123 SGB XI vorgesehen, so dass eine Aufstockung der Leistung nicht erfolgt.
Auch hier gilt, dass zunächst die Forderung des ambulanten Pflegedienstes (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI) erfüllt wird (vgl. Ziffer 3.1).

Beispiel

Tages- und Nachtpflege und Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe I mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI im Februar 2013

in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege 432,25 EUR
(65 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI)

in Anspruch genommene Pflegesachleistung 266,00 EUR
(40 v. H. des Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI)

anteiliges Pflegegeld 137,25 EUR
(45 v. H. des Leistungsbetrages nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 37 Abs. 1 SGB XI)

Die Tages- und Nachtpflege übersteigt den Wert von 50 v. H. des erhöhten Leistungshöchstbetrages nach. § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m § 36 Abs. 3 SGB XI. Sie schmälert damit den Anspruch im Rahmen der Kombinationsleistung. Für die Tages- und Nachtpflege sowie die Pflegesachleistung (432,25 EUR + 266,00 EUR = 698,25 EUR) wurden insgesamt 105 v. H. des erhöhten Leistungshöchstbetrages nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 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 45 v. H. des nach § 123 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 37 Abs. 1 SGB XI maßgebenden Betrages (45 v. H. von 305,00 EUR = 137,25 EUR) gezahlt werden.

§ 42 SGB XI Kurzeitpflege

(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 Kurzeitpflege 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 Kurzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzeitpflege 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.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

1. Allgemeines

(1) In Fällen, in denen weder häusliche Pflege (§§ 36 bis 38 und 39 SGB XI), noch teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) möglich ist, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf (stationäre) Kurzeitpflege. Dieser Anspruch besteht auch dann, wenn bereits bei Aufnahme in die Kurzeitpflegeeinrichtung feststeht, dass im Anschluss an die Kurzeitpflege 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 Kurzeitpflege

- 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 oder durch den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Krankenhaus bzw. der stationären Rehabilitationseinrichtung ist für einen reibungslosen Übergang unumgänglich. Von daher ist die Begutachtung durch den MDK oder durch den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter 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 25. 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 5.2).

(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. Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen

(1) Ist eine gleichzeitige Unterbringung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung notwendig, in der die Pflegeperson eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation durchführt, besteht ein Anspruch auf Kurzzeitpflege.

(2) Für die Leistungsgewährung müssen mit der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung keine Zulassung und auch keine vergütungsrechtlichen Vereinbarungen nach dem SGB XI bestehen.

4. 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.

5. Leistungsumfang

5.1 Allgemeines

(1) Der Anspruch auf die Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt, wobei die Aufwendungen der Pflegekasse hierfür bis zu 1.550,00 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 besteht seit 30.10.2012 neben dem Anspruch auf Kurzzeitpflege zusätzlich ein Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes. Dies gilt auch während eines Hospizaufenthaltes (vgl. Ziffer 6). Für den Aufnahme- und Entlassungstag wird das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI).

Beispiel

Ein Pflegegeldempfänger der Pflegestufe II befindet sich erstmalig vom 05.12. bis 06.12.2012 (2 Kalendertage) in der Einrichtung der Kurzzeitpflege. Vom 18.12. bis 22.12.2012 (5 Kalendertage) nimmt er erneut Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung betragen 62,50 EUR.

Kurzzeitpflege vom 05.12. bis 06.12.2012

Kostenübernahme der Leistungen der Kurzzeitpflege
2 Kalendertage x 62,50 EUR

= 125,00 EUR

Berechnung des Pflegegeldanspruchs:
für den 05.12. und 06.12.2012

volles Pflegegeld (2/30 von 440,00 EUR)

= 29,33 EUR

Kurzzeitpflege vom 18.12. bis 22.12.2012

Kostenübernahme der Leistungen der Kurzzeitpflege
5 Kalendertage x 62,50 = 312,50 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

für den 18.12. und 22.12.2012
volles Pflegegeld (2/30 von 440,00 EUR) = 29,33 EUR

für den 19.12. bis 21.12.2012
hälftiges Pflegegeld (3/30 von 220,00 EUR) = 22,00 EUR

Ergebnis:

Im Kalenderjahr 2012 besteht noch ein Restanspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.112,50 EUR (1.550,00 EUR – 125,00 EUR – 312,50 EUR). Das Pflegegeld wird für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege (05.12.2012 und 06.12.2012) in voller Höhe gezahlt.

Für den Zeitraum vom 18.12.2012 bis 22.12.2012 wird für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege (18.12.2012 und 22.12.2012) das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt. Vom 19.12.2012 bis 21.12.2012 wird hälftiges Pflegegeld gezahlt.

(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 4) 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) Wird die Kurzzeitpflege in Einrichtungen der medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitation durchgeführt (vgl. Ziffer 3) und sind in dem von der Einrichtung berechneten Entgelt Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen (zum Leistungsinhalt der Kurzzeitpflege vgl. Ziffer 4) enthalten, aber nicht gesondert ausgewiesen, sind grundsätzlich 60 v. H. des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen können davon abweichende pauschale Abschläge vorgenommen werden.

(6) Fahrkosten werden nicht erstattet.

(7) Die Pflegekasse zahlt den dem Pflegebedürftigen zustehenden Leistungsbetrag mit befreiender Wirkung unmittelbar an die zugelassene 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.

Wird die Kurzzeitpflege in anderen geeigneten Einrichtungen oder in Einrichtungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbracht (vgl. Abs. 4 und 5), erfolgt eine Erstattung gegenüber dem Pflegebedürftigen.

5.2 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 sichergestellt wird, kann eine Leistungsgewährung nach § 42 SGB XI nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 43a SGB XI abgegolten.

5.3 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 2.7 Abs. 2 zu § 39 SGB XI). In die-

sen 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 2.1 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.

5.4 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 1.550,00 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 11.07.2012 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 10.07.2012 = 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 1.550,00 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 2012 = 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.

6. 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.

Auf Grund des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.09.2009 legen die Krankenkassen die Höhe des Zuschusses nicht mehr in der Satzung selbst fest, sondern müssen gemäß § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V unter Anrechnung des Leistungsanteils der Pflegeversicherung insgesamt 90 v. H. bzw. bei Kinderhospizen 95 v. H. der zuschussfähigen Kosten übernehmen. Die zuschussfähigen Kosten werden von den Vertragspartnern als tagesbezogene Bedarfssätze vereinbart. Zuschussfähig sind maximal die tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Beispiel 1

Ein Pflegebedürftiger mit der Pflegestufe II befindet sich vom 01.07. bis 28.07.2009 in einem stationären Hospiz. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI ist ausgeschöpft.

Tagesbezogener Bedarfssatz des Hospizes	240,00 EUR
./. Eigenleistung des Hospizes für Erwachsene (10 v. H.)	<u>24,00 EUR</u>
= zuschussfähiger Betrag (allgemeine Vergütungsklasse)	216,00 EUR

Das Hospiz ist zugleich als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen. Der Pflegesatz in der Pflegeklasse II beträgt	174,33 EUR
+ Unterkunft und Verpflegung	16,51 EUR
+ Investitionskosten	<u>25,16 EUR</u>
= Heimentgelt	216,00 EUR

Rechnung des Hospizes in Höhe von (28 Tage x 216,00 EUR)	6.048,00 EUR
---	--------------

Die Krankenkasse zahlt bis zum 22.07.2009 einen satzungsgemäßen Zuschuss nach § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V in Höhe von 151,20 EUR (6 v. H. der monatlichen Bezugsgröße = 2.520,00 EUR). Ab 23.07.2009 zahlt die Krankenkasse die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI.

Berechnung der Leistungsansprüche

Zeitraum vom 01.07. bis 22.07.2009

anteiliger Rechnungsbetrag (22 Tage x 216,00 EUR)	4.752,00 EUR
--	--------------

Leistung der Pflegekasse nach § 43 SGB XI (4.752,00 EUR x 75 v. H. = 3.564,00 EUR; Begrenzung auf Höchstleistungsanspruch der Pflegestufe II)	1.279,00 EUR
---	--------------

Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V a. F. (22 Tage x 151,20 EUR)	3.326,40 EUR
--	--------------

Eigenanteil des Pflegebedürftigen (4.752,00 EUR – 1.279,00 EUR – 3.326,40 EUR)	146,60 EUR
---	------------

Zeitraum vom 23.07. bis 28.07.2009

anteiliger Rechnungsbetrag
(6 Tage x 216,00 EUR) 1.296,00 EUR

Leistung der Pflegekasse nach § 43 SGB XI
(Leistungsanspruch ausgeschöpft)
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V
(6 Tage x 216,00 EUR) 1.296,00 EUR

Der Pflegebedürftige hat keinen Eigenanteil zu tragen.

Beispiel 2

Ein Pflegegeldbezieher der Pflegestufe I befindet sich vom 05.11.2012 bis 28.11.2012 in einem stationären Hospiz, in dem er verstirbt.

Tagesbezogener Bedarfssatz des Hospizes 289,37 EUR
./ Eigenleistung des Hospizes für Erwachsene (10 v. H.) 28,94 EUR
= zuschussfähiger Betrag (allgemeine Vergütungsklasse) 260,43 EUR

Das Hospiz ist zugleich als stationäre Pflegeeinrichtung
zugelassen. Der Pflegesatz in der Pflegeklasse I beträgt 70,00 EUR
+ Unterkunft und Verpflegung 25,56 EUR
+ Investitionskosten 32,84 EUR
= Heimentgelt 128,40 EUR

Rechnung des Hospizes in Höhe von 6.250,32 EUR

(24 Tage x 260,43 EUR)

Leistung der Pflegekasse nach § 42 SGB XI
(vom 05.11. bis 26.11.2012 = 22 Tage x 70,00 EUR =
1.540,00 EUR) 1.540,00 EUR

Leistung der Pflegekasse nach § 43 SGB XI
(vom 27.11. bis 28.11.2012 = 2 Tage x 128,40 EUR =
256,80 EUR davon 75 v. H. = 192,60 EUR) 192,60 EUR
Gesamtleistung der Pflegekasse 1.732,60 EUR

Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V
(24 Tage x 260,43 EUR = 6.250,32 EUR – 1.732,60 EUR) 4.517,72 EUR

Für die Zeit der Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Am 05.11.2012 (erster Tag) erfolgt die Zahlung des vollen Pflegegeldes und für den Zeitraum vom 06.11.2012 bis 26.11.2012 ein hälftiges Pflegegeld.

§ 43 SGB XI **Vollstationäre Pflege/Inhalt der Leistung**

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

(2) 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.

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 Versicherten, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, sind seit 01.01.2013 die Pflegesachleistungen nach § 123 SGB XI i.V.m. § 36 SGB XI zu Grunde zulegen. Dies gilt in analoger Anwendung aus Gründen der Gleichbehandlung auch für die Anspruchsberechtigten ohne Pflegestufe, auch wenn keine explizite Einbeziehung in § 43 Abs. 4 SGB XI erfolgt ist. Die monatlichen Höchstbeträge betragen je Kalendermonat bei Anspruchsberechtigten ohne Pflegestufe 225,00 EUR, mit Pflegestufe I 665,00 EUR und bei der Pflegestufe II 1.250,00 EUR.

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 01.07.2008,
 - b) 1.510,00 EUR ab 01.01.2010,
 - c) 1.550,00 EUR ab 01.01.2012,
- Härtefälle monatlich
 - a) 1.750,00 EUR ab 01.07.2008,
 - b) 1.825,00 EUR ab 01.01.2010,
 - c) 1.918,00 EUR ab 01.01.2012.

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 2.066,66 EUR ab 01.01.2012
(1.550,00 EUR x 100 : 75)

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 1.550,00 EUR hinaus in Höhe von

1.918,00 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 Pflegeklasse 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 GKV-Spitzenverband 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. Bei der Ermittlung der Höhe der Geldleistung sind die Regelungen der Kombinationsleistung gemäß § 38 Satz 2 SGB XI anzuwenden (vgl. Ziffer 3 zu § 38 SGB XI). Folglich ist der im Rahmen der vollstationären Pflege in Anspruch genommene Sachleistungsanteil ins Verhältnis zum Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI ggf. unter Berücksichtigung der Sachleistungshöchstbeträge nach § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung für den gesamten Monat maßgebend. Auf dieser Grundlage ist der Geldleistungsanteil mit der Zahl der zu Hause verbrachten Pflgetage zu multiplizieren und durch 30 zu dividieren.

Beispiel

Pflegestufe III

Vermindertes Heimentgelt (75 v. H.) wegen Wochenendpflege im häuslichen Bereich vom 01.08. bis 31.08.2012 (unter Berücksichtigung der Regelungen für Abwesenheitszeiten) = 859,14 EUR

Ergebnis:

Bei Inanspruchnahme

- a) der Sachleistung:
Restanspruch (1.550,00 EUR – 859,14 EUR) = 690,86 EUR
- b) des Pflegegeldes:
Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom
- | | | |
|---|---|-------------|
| 10.08. bis 12.08.2012 und vom 24.08. bis 26.08.2012 | = | 6 Tage |
| Sachleistungsanteil (859,14 EUR von 1.550,00 EUR) | = | 55,43 v. H. |
| Geldleistungsanteil | = | 44,57 v. H. |

Es besteht ein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld für den Monat August 2012 in Höhe von 62,40 EUR (44,57 v. H. von 700,00 EUR = 311,99 EUR x 6 : 30 = 62,40 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 ggf. unter Berücksichtigung der Sachleistungshöchstbeträge nach § 123 SGB XI ausgeschöpft werden. Gleiches gilt auch für die teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI. Bei Zahlung von Pflegegeld ist nach § 37 Abs. 2 SGB XI ggf. unter Berücksichtigung der Leistungshöchstbeträge nach § 123 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 1.550,00 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 ggf. unter Berücksichtigung der Leistungshöchstbeträge nach § 123 SGB XI 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 20.08.2012 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 19.08.2012 = 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 1.550,00 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 31.08.2012 = 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 1.550,00 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 6 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 Versor-

gungsvertrages 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 05.08.2012 in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen. Das tägliche Heimentgelt beträgt 84,72 EUR.

Berechnung des Heimentgelts:

vom 05.08. bis 31.08.2012 = 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 1.550,00 EUR übersteigt, ist die Leistungshöhe auf den Pauschbetrag in Höhe von 1.550,00 EUR zu begrenzen.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger der Stufe III verstirbt am 05.08.2012. Das tägliche Heimentgelt beträgt 62,23 EUR.

Berechnung des Heimentgelts:

vom 01.08. bis 05.08.2012 = 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 1.550,00 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 14.07.2012 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 13.07.2012 = 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 1.550,00 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 31.07.2012 = 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 661,87 EUR (1.550,00 EUR - 888,13 EUR = 661,87 EUR) übersteigt, ist die Zahlung an die Pflegeeinrichtung B auf das noch nicht ausgeschöpfte Budget des Pauschbetrages von 661,87 EUR zu begrenzen.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger der Stufe III zieht am 28.07.2012 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 27.07.2012 = 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 1.550,00 EUR übersteigt, ist die Leistungshöhe auf den monatlichen Pauschbetrag von 1.550,00 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.

Das Nähere zur Berechnung der Abwesenheitszeiträume und zur Kürzung der Pflegevergütung regeln die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI.

Diese vertraglichen Regelungen finden bei der Ermittlung des Heimentgelts Berücksichtigung.

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger der Stufe III wird am 10.07.2012 aus einer vollstationären Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus aufgenommen; die Rückverlegung erfolgt am 24.07.2012. 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 10.07.2012 = 10 Tage x 68,56 EUR	=	685,60 EUR
vom 11.07. bis 13.07.2012 = 3 Tage x 68,56 EUR	=	205,68 EUR
vom 14.07. bis 23.07.2012 = 10 Tage x 50,16 EUR	=	501,60 EUR
vom 24.07. bis 31.07.2012 = 8 Tage x 68,56 EUR	=	548,48 EUR
	=	<u>1.941,36 EUR</u>
davon 75 v. H.	=	1.456,02 EUR

Da das Heimentgelt in Höhe von 1.456,02 EUR den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.550,00 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	28.09.2012
Begutachtung durch den MDK am	05.11.2012
Pflegestufe II liegt bereits vor ab	08.08.2012

Berechnung des Heimentgeltes für den Monat August 2012

Heimentgelt vom 01.08. bis 07.08.2012
Pfleigestufe I täglich 54,56 EUR = 381,92 EUR

Heimentgelt vom 08.08. bis 31.08.2012
Pfleigestufe II täglich 66,38 EUR = 1.593,12 EUR
= 1.975,04 EUR

davon 75 v. H. des Heimentgeltes = 1.481,28 EUR

Berechnung des Heimentgeltes für den Monat September 2012

Heimentgelt vom 01.09. bis 30.09.2012
Pfleigestufe 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 08.08.2012 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 1.279,00 EUR übersteigt, ist die Zahlung auf den Pauschbetrag zu begrenzen. Im Monat September 2012 ist die Zahlung auch auf den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.279,00 EUR zu begrenzen.

11. Berechnung des Heimentgelts 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 oder ein von der Pflegekasse beauftragter Gutachter einzuschalten. Werden die Voraussetzungen für eine höhere Pflegestufe durch den MDK oder den beauftragten Gutachter nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse auf der Grundlage des Gutachtens des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters 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 30.04.
Erhöhter Betrag insgesamt	1.145,00 EUR
Begutachtung durch den MDK, dass eine höhere Pflegestufe nicht vorliegt am	19.04.
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 (keine Einrichtungen i. S. des § 71 Abs. 4 SGB XI), können keine Leistungen der vollstationären Pflege erbracht werden. Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe haben keinen Anspruch auf Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI.

Wird allerdings die Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst erbracht, besteht Anspruch auf die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI ggf. unter Berücksichtigung des § 123 Abs. 2 bis 4 SGB XI. Dies gilt auch dann, wenn die stationäre Einrichtung selbst einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst betreibt, der die Leistungen erbringt. Dem Anspruchsberechtigten 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 ggf. unter Berücksichtigung der Leistungshöchstbeträge nach § 123 Abs. 2 bis 4 SGB XI.

§ 43a SGB XI

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen/Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 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 oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters, 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 § 43 SGB XI).

Beispiel 1

Ein Pflegebedürftiger der Stufe III wird am 14.01.2012 in eine vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen aufgenommen. Das tägliche Heimentgelt beträgt 89,53 EUR.

Berechnung des Heimentgelts:

vom 14.01.2012 bis 31.01.2012 = 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 2012 zugrunde gelegt. Grundlage für die Berechnung sind jeweils die tatsächlichen Tage der Anwesenheit bzw. Abwesenheit.

Berechnung des Heimentgelts:

21 Tage x 62,15 EUR	=	1.305,15 EUR
9 Tage x 50,00 EUR	=	<u>450,00 EUR</u>
		1.755,15 EUR
davon 10 v. H.	=	175,52 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da 10 v. H. des Heimentgelts in Höhe von 175,52 EUR den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 256,00 EUR nicht übersteigen, kann der Betrag von 175,52 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 Pflagetage 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 ggf. unter Berücksichtigung der Leistungen nach § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI in der jeweiligen Pflegestufe angerechnet.

Beispiel 1

Pflegestufe II

Pflege in häuslicher Umgebung im August 2012 jeweils von
Freitagabend bis Sonntagabend und in den Ferien
vom 24.08. bis 31.08.2012 = 17 Tage

in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI
(für die Zeit vom 24.08. bis 31.08.2012 berechnet die Einrichtung
ein reduziertes Heimentgelt – sog. "Abwesenheitsvergütung") = 170,00 EUR

Ergebnis:

Dem Pflegebedürftigen kann in Höhe von 930,00 EUR (1.100,00 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 in der Familie in
Betracht kommen. Dabei besteht der Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld seit
30.10.2012 anteilig für die Tage, an denen sich der Pflegebedürftige tatsächlich in der
häuslichen Pflege befindet. Das bedeutet, dass für jeden Tag der häuslichen Pflege zu-
sätzlich zur Leistung nach § 43a SGB XI 1/30 des Leistungsbetrages nach § 37 SGB XI
ggf. i.V.m. § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI zu zahlen ist. Befindet sich der Pflegebedürftige
den vollen Monat in häuslicher Pflege, wird das gesamte Pflegegeld für den Monat ge-
zahlt.

Beispiel 2

Pflegestufe II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz seit 01.09.2011

Pflege in häuslicher Gemeinschaft im Februar 2013 jeweils von
Freitagabend bis Montagmorgen = 16 Tage

in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI = 236,00 EUR

Ergebnis:

Dem Pflegebedürftigen kann zusätzlich zu der Leistung nach § 43a SGB XI ein anteiliges
Pflegegeld in Höhe von 280,00 EUR ($525,00 \text{ EUR} \times 16/30 = 280,00 \text{ EUR}$) gezahlt werden.

Neben den Leistungen nach § 43a SGB XI kann der Pflegebedürftige bei Aufenthalt im häuslichen Bereich auch ambulante Sachleistungen und Pflegegeld in Anspruch nehmen und kombinieren. Bei der Berechnung des Pflegegeldes ist der Sachleistungsanteil nicht zu berücksichtigen.

Beispiel 3

Pflegestufe I

Pflege in häuslicher Umgebung im November 2012 jeweils von Freitagabend bis Montagmorgen	= 17 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI	= 236,00 EUR
Sachleistungsanteil nach § 36 SGB XI (450,00 EUR – 236,00 EUR)	= 214,00 EUR
Geldleistungsanteil (235,00 EUR x 17 : 30)	= 133,17 EUR

Ergebnis:

Es besteht für den Monat November 2012 ein Anspruch auf Sachleistungen in Höhe von 214,00 EUR und ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von insgesamt 133,17 EUR.

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.

§ 44a SGB XI **Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit**

(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 SGB XI geregelt, dass Be-

schäftigte, 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:

<http://www.vdek.com/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 Spitzenverbandes 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:

<http://www.vdek.com/arbeitgeber/Informationen/pflegezeit/index.htm>.)

§ 45 SGB XI

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(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 38, 39 bis 43a und 123 SGB XI ruht (vgl. Ziffer 2.1 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 der Verband 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 und § 123 SGB XI angerechnet werden, und zwar selbst dann nicht, wenn eine Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen erfolgt.

§ 45a SGB XI

Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

(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 oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, 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 oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pfl-

gebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. 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 Wahrnehmung 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. 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 MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter 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 oder durch einen von ihr beauftragten Gutachter 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 oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter haben 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 oder des von ihr beauftragten Gutachters zu treffen.

§ 45b SGB XI

Zusätzliche Betreuungsleistungen

(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 niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.*

(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefeststellungsstelle 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 niedrigschwelligen 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 Vergütungszuschläge für besondere Betreuungsangebote erhalten (vgl. § 87b SGB XI). Das gilt seit 01.01.2013 auch für teilstationäre Einrichtungen (§ 41 SGB XI).

Zum Nebeneinander des Anspruchs nach § 45b SGB XI mit Fürsorgeleistungen zur Pflege vgl. Ziffer 5 zu § 13 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 bereitstellt. Die Entlastung der/des pflegenden Angehörigen/Lebenspartners bzw. Pflegepersonen 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 01.07.2012 in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt und besucht an insgesamt 22 Tagen im August 2012 eine Tagespflegeeinrichtung. Diese berechnet einen täglichen Pflegesatz in Höhe von 52,66 EUR.

Berechnung des Entgelts:

52,66 EUR x 22 Tage = 1.158,52 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Die Pflegekasse kann nach § 41 SGB XI 1.100,00 EUR zur Verfügung stellen. Auf Antrag des Pflegebedürftigen erstattet die Pflegekasse die Differenz in Höhe von 58,52 EUR (1.158,52 EUR – 1.100,00 EUR) als zusätzliche Betreuungsleistung, da der Pflegebedürftige von Juli 2012 bis August 2012 insgesamt einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen im Umfang von bis zu 200,00 EUR erworben hat. Es besteht noch ein Restanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von bis zu 141,48 EUR (200,00 EUR – 58,52 EUR).

Beispiel 2

Zusätzliche Betreuungsleistung

Der Versicherte ist seit 01.01.2013 in seiner Alltagskompetenz in erhöhtem Maße eingeschränkt. Er ist nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI. Er besucht im Februar 2013 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:

Der Versicherte hat keinen Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege. Da er aber von Januar 2013 bis Februar 2013 insgesamt einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen im Umfang von bis zu 400,00 Euro erworben hat, werden die entstandenen Kosten in der Tagespflegeeinrichtung in Höhe von 269,45 EUR (228,30 EUR + 41,15 EUR) als zusätzliche Betreuungsleistung erstattet. Es besteht noch ein Restanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von 130,55 EUR (400,00 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 des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 6 SGB XI i.V.m. § 45d Abs. 3 SGB XI vom 24.07.2002 in der Fassung vom 08.06.2009 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 den gesetzlichen Höchstbeträgen. Bis zum 30.06.2008 hatten Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen bis zu einem Höchstbetrag von 460,00 EUR jährlich. Seit 01.07.2008 haben Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen in Höhe von bis zu 100,00 EUR monatlich, Versicherte mit in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz in Höhe von bis 200,00 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 genom-

mene 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. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen können nicht für Leistungen verwendet werden, die vor der Leistungsbewilligung in Anspruch genommen worden sind.

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II erfüllt ab 15.08.2012 die Anspruchsvoraussetzungen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI.

Im laufenden Kalenderjahr 2012 kann der Pflegebedürftige in Höhe von bis zu 500,00 EUR (5 Monate x 100,00 EUR) die zusätzliche Betreuungsleistung in Anspruch nehmen.

4. Übertragung nicht in Anspruch genommener Ansprüche

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. Im 1. Halbjahr eines Kalenderjahres sind deshalb ggf. aus dem Vorjahr übertragene Ansprüche vorrangig zur Erstattung von Aufwendungen einzusetzen.

§ 45c SGB XI

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

(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 niedrighschwelligen 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 niedrighschwelligen 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) Niedrighschwellige 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 niedrighschwelligen 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 niedrighschwellige 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 der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. die Empfehlungen zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 6 SGB XI i.V.m. § 45d Abs. 3 SGB XI vom 24.07.2002 in der Fassung vom 08.06.2009 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.

§ 45d SGB XI

Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe

(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 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.

(2) Je Versicherten werden 0,10 Euro je Kalenderjahr verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. Dabei werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet. Selbsthilfegruppen 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 sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen 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. Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20c des Fünften Buches erfolgt.

(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.

Für die Förderung der Selbsthilfe besteht seit 30.10.2012 ein eigenständiges Budget. Die Höhe der Förderung zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen

zum Ziel gesetzt haben, ist auf 0,10 EUR pro Versicherter festgelegt. Wie bisher tragen die Länder und Kommunen für die Fördermöglichkeiten im Rahmen der Modellförderung nach § 45c SGB XI die Steuerungsverantwortung. Die Förderung ist zweckgebunden und stellt eine zusätzliche Fördermöglichkeit dar. Die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20c SGB V erfolgt.

2. Abgrenzung zur Förderung nach § 20c SGB V

Antragsteller, die Fördermittel nach § 45d SGB XI beantragen, müssen sich grundsätzlich an die Länder und Kommunen wenden. Über die konkrete Förderung entscheiden nach entsprechender Antragsprüfung von den Ländern bestimmte Stellen, in denen auch Vertreter der Pflegekassen/-verbände mitwirken. Fördermittel nach § 45d SGB XI werden erst dann aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt, wenn die Länder mit den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hierüber Einvernehmen hergestellt haben. Viele Länder sehen vor, dass die Förderung nach § 45d SGB XI als Zuschuss in die Förderung von Seniorennetzwerken oder für Pflegebegleiter-Initiativen (mit entgeltlichen Dienstleistungen) fließt. Würden die bislang über § 20c SGB V geförderten Antragsteller auf die Förderung nach § 45d SGB XI verwiesen, könnte dies zur Folge haben, dass Anträge aufgrund der Ausgestaltung der Förderung auf Landesebene ins Leere laufen.

Für den Fall, dass sich Antragsteller, die bislang Fördermittel nach § 45d SGB XI erhalten haben, erstmals an die GKV-Gemeinschaftsförderungen oder auch die Krankenkassen/-verbände mit Projektanträgen wenden, wird empfohlen, diese Anträge vor allem im Hinblick darauf zu prüfen, ob die Anträge nicht nur die Förderzwecke, sondern auch die sonstigen Fördervoraussetzungen des Leitfadens zur Selbsthilfeförderung (abrufbar auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes unter www.gkv-spitzenverband.de) erfüllen. Geprüft werden muss u.a., ob die beantragten Angebote tatsächlich vom Selbsthilfeprinzip getragen werden. Zu beachten ist auch, dass der Leitfaden zur Selbsthilfeförderung bestimmte Antragsteller, wie u.a. Wohlfahrtsverbände, von der Förderung ausschließt. Eine Förderung nach § 20c SGB V ist z.B. zudem nicht für indikationsspezifische Selbsthilfekontaktstellen zum Thema „Pflege“ möglich. Um Doppelförderungen zu vermeiden, ist daher unverzichtbar, dass Antragsteller in ihren Unterlagen unter „geplante Einnahmen“ transparent machen, ob und wo sie weitere Fördermittel beantragt haben – dies gilt sowohl für die Pauschal- als auch für die Projektförderung.

§ 45e SGB XI

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2.500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Die Sätze 1 bis 3 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

(2) Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist, spätestens aber am 31. Dezember 2015. Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

1. Allgemeines

Pflegebedürftige, die die Anspruchsvoraussetzungen des § 38a SGB XI erfüllen, erhalten zusätzlich zu dem Wohngruppenzuschlag von 200,00 EUR monatlich und unbeschadet des Anspruchs nach § 40 Abs. 4 SGB XI einen einmaligen Förderbetrag von bis zu 2.500,00 EUR, wenn sie an der Neugründung der Wohngruppe beteiligt sind. Anspruchsberechtigt ist der Pflegebedürftige.

Der Anspruch besteht für ab dem 30.10.2012 neu gegründete ambulant betreute Wohngruppen und endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt mitteilt, dass mit der Förderung die Gesamthöhe von 30 Mio. EUR erreicht worden ist, spätestens aber am 31.12.2015.

2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

(1) Voraussetzung für den Anspruch ist die Neugründung einer Wohngruppe nach § 38a SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 38a SGB XI).

(2) Die Neugründung muss von mindestens drei Pflegebedürftigen erfolgen. Für Pflegebedürftige in bereits bestehenden Wohngruppen besteht hingegen kein Anspruch auf den Förderbetrag.

Der Antrag muss innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen gestellt werden.

(3) Der Förderbetrag ist für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zu verwenden. Förderfähig ist nur die Umgestaltung bestehenden Wohnraums. Abweichend zu § 40 Abs. 4 SGB XI kommt es nicht auf die Verbesserung der gegenwärtigen Pflegesituation des Pflegebedürftigen an. Gefördert werden können alle Maßnahmen, die auf die dauerhafte Verbesserung der altersgerechten Wohnsituation zielen (z.B. Anbringen von Handläufen, Türvergrößerungen, rutschhemmender Bodenbelag, Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe). Förderfähig sind auch Umbaumaßnahmen, die als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI anerkannt werden können (vgl. Ziffer 8 zu § 40 SGB XI).

(4) Der Anspruch nach § 45e SGB XI setzt nicht voraus, dass vorher der Anspruch nach § 40 Abs. 4 SGB XI ausgeschöpft wird. Da die Leistungen nach § 40 Abs. 4 SGB XI die Verbesserung der gegenwärtigen Pflegesituation des Pflegebedürftigen voraussetzt (vgl. Ziffer 2.1 zu § 40 SGB XI), kann es für die Pflegebedürftigen sinnvoll sein, zunächst den Anspruch nach § 45e SGB XI geltend zu machen. Insgesamt können die Gesamtkosten der Maßnahme immer nur unter Berücksichtigung der Höchstgrenze der jeweiligen Zuschüsse nach §§ 40 Abs. 4 und 45e Abs. 1 SGB XI übernommen werden.

(5) Die Förderung beträgt pro Pflegebedürftigen in der Wohngruppe maximal 2.500,00 EUR und ist je Wohngruppe auf maximal 10.000,00 EUR begrenzt. Bei mehr als vier anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen sind die Gesamtkosten gleichmäßig auf die Pflegebedürftigen aufzuteilen.

(6) Die beteiligten Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen erstatten von den Gesamtkosten einen gleichmäßigen Anteil. Dieser Anteil errechnet sich aus den Gesamtkosten geteilt durch die Anzahl der Pflegebedürftigen, die in der Wohngruppe leben. Zur Abrechnung ist dem antragstellenden Pflegebedürftigen für jeden anspruchsberechtigten Mitbewohner der Wohngruppe von der erstangegangenen Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen eine Kopie der Originalrechnung mit der Bestätigung zur Verfügung zu stellen, dass der Originalbeleg vorliegt. Auf der Kopie der Rechnung ist die Höhe des Erstattungsbetrages, die Einhaltung der Frist und die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Wohngruppe zu vermerken.

§ 87a SGB XI

Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

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

Mit dieser Regelung wird kein Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber ihrer Pflegekasse geregelt. § 87a SGB XI bestimmt die Berechnung und Zahlung des Gesamtheimentgeldes, insbesondere bei Auszug und Tod des Heimbewohners, bei dessen Umzug in eine andere vollstationäre Pflegeeinrichtung, bei dessen Abwesenheit, im Falle der Aufforderung der Pflegeeinrichtung zur Stellung eines Höherstufungsantrages (vgl. Ziffer 5 bis 11 zu § 43 SGB XI) sowie eines Bonus bei Herabstufung nach Durchführung aktivierender und rehabilitativer Maßnahmen. Das in den genannten Fällen berechnete Heimentgelt ist die Höhe des Anspruchs des Einrichtungsträgers gegenüber dem Heimbewohner bzw. dessen Kostenträger. Abweichende Regelungen zwischen der Pflegeeinrichtung zu dem Heimbewohner und dessen Kostenträger sind nichtig. Der Anspruch der Pflegeeinrichtung gegenüber der Pflegekasse ist jedoch auf die in § 43 Abs. 2 und 3 SGB XI festgelegten Höchstbeträge begrenzt (vgl. Ziffer 1 zu § 43 SGB XI).

2. Bonuszahlung nach § 87a Abs. 4 SGB XI

Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 SGB XI erbringen, erhalten von der Pflegekasse eine Bonuszahlung in Höhe von 1.536,00 EUR, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Die Bonuszahlung setzt voraus, dass die Pflegeeinrichtung spezielle eigene aktivierende oder rehabilitative Maßnahmen anbietet und der Pflegebedürftige, für den sich eine entsprechende Herabstufung in eine niedrigere Pflegestufe ergibt, an diesen Angeboten nachweislich teilgenommen hat. Weitergehende Feststellungen, ob diese Angebote ursächlich für die Herabstufung waren, sind nicht erforderlich. Die Teilnahme etwa an Rehabilitationsmaßnahmen außerhalb der Sphäre der Einrichtung und in diesem Zusammenhang die Herabstufung in eine niedrigere Pflegestufe führt hingegen nicht zur Zahlung des Bonus.

Die Zahlung des Bonus erfolgt auf Anforderung der Pflegeeinrichtung. Der Betrag ist zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit eingestuft wird. Für Beihilfeberechtigte erfolgt eine hälftige Zahlung an die Pflegeeinrichtung (vgl. § 39 Abs. 5 Bundesbeihilfeverordnung).

§ 87b SGB XI

Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(1) Stationäre 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 Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,*
- 3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der vierundzwanzigste 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; § 28 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Abs. 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 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der stationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeein-

richtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die stationären Pflegeeinrichtungen 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 alle zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen (vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen) sofern sie die Voraussetzungen des § 87b SGB XI erfüllen und eine Vereinbarung über entsprechende Vergütungszuschläge getroffen ist. Allerdings hat der Versicherte mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der stationären Pflegeeinrichtung. Auf das zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebot muss die stationäre Pflegeeinrichtung den Versicherten im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Vertrages 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 des Versicherten abgestellt. Vergütungszuschläge werden auch für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung von den Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz geleistet, die nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI sind. Ein Anspruch auf Vergütungszuschläge besteht ebenso in den Fällen, in denen die in der Kurzzeitpflege oder Tages- oder Nachtpflege betreuten Versicherten zugleich einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI haben. Von daher schmälert der Vergütungszuschlag nicht den Anspruch des Versicherten auf Leistungen nach § 45b SGB XI.

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II ist seit 01.07.2012 in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt und besucht vom 07.08. bis 28.08.2012 (22 Kalendertage) eine Kurzzeitpflegeeinrichtung. Diese berechnet für die täglichen pflegebedingten Aufwendungen 64,48 EUR sowie für Verpflegung und Unterkunft täglich 16,23 EUR. Der Einrichtungsträger hat mit den Leistungsträgern eine Vereinbarung über Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf gemäß § 87b SGB XI geschlossen. Diese sieht einen Vergütungszuschlag von 3,38 EUR täglich vor.

Berechnung des Entgelts:

Pflegesatz	64,48 EUR x 22 Tage = 1.418,56 EUR
Verpflegung und Unterkunft	16,23 EUR x 22 Tage = 357,06 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Die Pflegekasse übernimmt nach § 42 SGB XI die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.418,56 EUR, da der Höchstbetrag von 1.550,00 EUR nicht überschritten wird.

Die Einrichtung der Kurzzeitpflege erhält einen Vergütungszuschlag für die Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in Höhe von 74,36 EUR (3,38 EUR x 22 Tage). Die Zahlung des Vergütungszuschlages nach § 87b SGB XI an die Kurzzeitpflegeeinrichtung schmälert nicht den Anspruch des Pflegebedürftigen auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI. Somit können dem Pflegebedürftigen auf Antrag die entstandenen Aufwendungen für Verpflegung und Unterkunft in Höhe von 357,06 EUR mit dem erworbenen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen von Juli 2012 bis August 2012 in einem Umfang von bis zu 200,00 EUR erstattet werden. Dem Pflegebedürftigen entsteht ein Eigenanteil in Höhe von 157,06 EUR. Dieser Restbetrag kann mit dem Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen in den Folgemonaten (September 2012 bis Dezember 2012) aufgefangen werden. Es besteht im laufenden Kalenderjahr noch ein Restanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von bis zu 242,94 EUR (600,00 EUR – 357,06 EUR).

Für Beihilfeempfänger besteht entsprechend der Regelung des § 28 Abs. 2 SGB XI lediglich Anspruch auf die Hälfte des Vergütungszuschlages nach § 87b SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 28 SGB XI).

§ 91 SGB XI

Kostenerstattung

(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten oder stationären Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren.

(2) Den Pflegebedürftigen werden die ihnen von den Einrichtungen nach Absatz 1 berechneten Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen erstattet. Die Erstattung darf jedoch 80 vom Hundert des Betrages nicht überschreiten, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels zu leisten hat. Eine 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 Anspruchsberechtigten nach den §§ 36, 38 und 41 bis 43 SGB XI sowie § 123 SGB XI und beträgt höchstens 80 v. H. der tatsächlich entstandenen Aufwendungen, max. jedoch 80 v. H. der Höchstwerte nach den §§ 36, 41, 42, 43 und 123 SGB XI. Sofern Leistungen der vollstationären Pflege beansprucht werden, beträgt der Leistungsanspruch 80 v. H. von 75 v. H. des Heimentgelts. Für Anspruchsberechtigte ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben, kann max. 80 v. H. des Höchstwertes nach § 123 Abs. 2 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. 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.

§ 123 SGB XI
Übergangsregelung:
Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter
Alltagskompetenz

(1) Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben neben den Leistungen nach § 45b bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf Pflegeleistungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf

1. Pflegegeld nach § 37 in Höhe von 120 Euro oder

2. Pflegesachleistungen nach § 36 in Höhe von bis zu 225 Euro oder

3. Kombinationsleistungen aus den Nummern 1 und 2 (§ 38) sowie Ansprüche nach den §§ 39 und 40.

(3) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 70 Euro auf 305 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.

(4) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 85 Euro auf 525 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 150 Euro auf bis zu 1 250 Euro.

1. Allgemeines

Mit dieser Vorschrift werden für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) Leistungsverbesserungen eingeführt. Es handelt sich hierbei um eine Übergangsregelung, die bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Gültigkeit hat.

Seit 01.01.2013 haben Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe erstmalig einen Anspruch auf

- Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) oder
- Pflegegeld (§ 37 SGB XI) oder
- Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) sowie
- Ersatzpflege (§ 39 SGB XI) und

- Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI).

Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die der Pflegestufe I oder II zugeordnet sind, erhöhen sich die Beträge für die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) und das Pflegegeld (§ 37 SGB XI).

2. Leistungshöhe

Versicherte ohne Pflegestufe haben nach § 123 Abs. 2 SGB XI je Kalendermonat Anspruch auf

1. Pflegegeld nach § 37 SGB XI in Höhe von 120,00 EUR oder
2. Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in Höhe von bis zu 225,00 EUR oder
3. Kombinationsleistungen aus den Nummern 1 und 2 (§ 38 SGB XI)

Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 SGB XI um 70,00 EUR auf 305,00 EUR und die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI um 215,00 EUR auf bis zu 665,00 EUR.

Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 SGB XI um 85,00 EUR auf 525,00 EUR und die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI um 150,00 EUR auf bis zu 1 250,00 EUR.

3. Besonderheiten der Leistungsgewährung

(1) Entscheidet sich der Versicherte ohne Pflegestufe, der in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, für den Bezug von Pflegegeld, besteht nicht die Verpflichtung, jedes Kalenderhalbjahr einen Beratungseinsatz nachzuweisen. Bei Bedarf kann dies der Versicherte – wie bereits bisher – freiwillig in Anspruch nehmen (§ 37 Abs. 3 Satz 6 SGB XI).

(2) Nimmt ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I oder II, der in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, neben der Tages- und Nachtpflege auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI in Anspruch, sind die erhöhten Leistungsbeträge nach § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI zu berücksichtigen (vgl. Ziffer 3.2 ff. zu § 41 SGB XI).

(3) Nimmt ein in der Alltagskompetenz erheblich eingeschränkter Versicherter Pflegesachleistungen in Anspruch, besteht die Möglichkeit häusliche Betreuung in Anspruch zu nehmen, wenn die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt ist (vgl. Ziffer 2 zu § 124 SGB XI).

(4) Ist der Leistungsrahmen der Verhinderungspflege ausgeschöpft, hat ein in der Alltagskompetenz erheblich eingeschränkter Versicherter ohne Pflegestufe lediglich

Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes. Er hat keinen Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege bzw. auf vollstationäre Leistungen (vgl. Ziffer 2.7 zu § 39 SGB XI).

(5) Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 SGB XI bzw. das anteilige Pflegegeld nach § 38 SGB XI sowie bei Begleitung der Pflegekraft die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI unter Berücksichtigung des § 123 SGB XI weiter zu gewähren. Für die Zahlung des Pflegegeldes oder des anteiligen Pflegegeldes gilt dies auch bei einem Aufenthalt von mehr als sechs Wochen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz (vgl. Ziffer 1 zu § 34 SGB XI).

(6) Begibt sich ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I oder II, der in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, in die vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhält er zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe der Pflegesachleistung nach § 123 SGB XI i.V.m. § 36 SGB XI für die jeweilige Pflegestufe. Dies gilt in analoger Anwendung des § 43 Abs. 4 SGB XI auch für Versicherte ohne Pflegestufe, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind (vgl. Ziffer 1 zu § 43 SGB XI).

(7) Begibt sich ein in der Alltagskompetenz erheblich eingeschränkter Versicherter ohne Pflegestufe in eine nicht zugelassene vollstationäre Einrichtung und wird die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht, besteht ein Anspruch auf die Pflegesachleistungen nach § 123 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI. Im Übrigen besteht aufgrund der sichergestellten Pflege ein Anspruch auf Pflegegeld nach § 123 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI (vgl. Ziffer 12 zu § 43 SGB XI). Für einen Pflegebedürftigen der Pflegestufe I oder II, der in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, sind die erhöhten Leistungsbeträge nach § 123 Abs. 3 und Abs. 4 SGB XI zu berücksichtigen.

(8) Hält sich ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I oder II in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI auf, hat er für die tatsächlichen Pfelegetage im häuslichen Bereich (z.B. an den Wochenenden) einen Anspruch auf Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI oder Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Für einen Pflegebedürftigen der Pflegestufe I oder II, der in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, sind dabei die erhöhten Beträge nach § 123 Abs. 3 oder 4 SGB XI zu berücksichtigen. Dies gilt gleichermaßen für Versicherte ohne Pflegestufe, die keinen Anspruch auf den Pauschbetrag nach § 43a SGB XI haben (vgl. Ziffer 3.1 zu § 43a SGB XI).

Zu den Einzelheiten der Leistungsgewährung wird im Übrigen auf die jeweiligen Ausführungen zu den §§ 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43 und 43a SGB XI verwiesen.

§ 124 SGB XI
Übergangsregelung:
Häusliche Betreuung

(1) Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, nach den §§ 36 und 123 einen Anspruch auf häusliche Betreuung.

(2) Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht. Sie umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie und schließen insbesondere das Folgende mit ein:

- 1. Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,*
- 2. Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus.*

Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie als Sachleistung in Anspruch genommen werden.

(3) Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

(4) Das Siebte, das Achte und das Elfte Kapitel sind entsprechend anzuwenden.

1. Allgemeines

Seit 01.01.2013 haben Pflegebedürftige und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach den §§ 36 und 123 SGB XI einen Anspruch auf häusliche Betreuung.

Als Leistungen der häuslichen Betreuung wird die Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld zum Zweck der Kommunikation und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei der Gestaltung des häuslichen Alltags insbesondere zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur bedürfnisgerechten Beschäftigung und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tages- und Nachrhythmus genannt.

2. Leistungsumfang

2.1 Leistungen neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Betreuung

Die Leistungen der häuslichen Betreuung sind für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis III mit und ohne erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sowie auch für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, abrufbar. Sie können im Rahmen der Leistungsgrenzen nach §§ 36 und 123 SGB XI ergänzend zur Grundpflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung erbracht werden. Es besteht insofern ein Anspruch auf Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung müssen jedoch im Einzelfall sichergestellt sein. Die Leistungen der häuslichen Betreuung müssen durch einen Pflegedienst erbracht werden und stellen eine Sachleistung dar, die der Qualitätssicherung unterliegen.

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können die Leistungen der häuslichen Betreuung ergänzend zu den Leistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen.

2.2 Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Anspruchsberechtigten oder seiner Familie

Die Leistungen der häuslichen Betreuung umfassen die Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Anspruchsberechtigten und seiner Familie und schließen insbesondere die Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, als auch die Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags mit ein. Dabei ist das häusliche Umfeld auch auf Aktivitäten außerhalb des eigenen Haushalts zu beziehen wie z.B. Spaziergänge in der näheren Umgebung, Besuche von Verwandten oder Friedhofsbesuche.

2.2.1 Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen

Leistungen der häuslichen Betreuung zur Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung dienen sind:

- Spaziergänge in der näheren Umgebung
- Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten
- Begleitung zum Friedhof

2.2.2 Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags

Leistungen der häuslichen Betreuung umfassen die Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere:

- Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur
- Hilfen zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen
- Hilfen zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus
- Unterstützung bei Hobby und Spiel
- Unterstützungsleistungen bei der Regelung von finanziellen und administrativen Angelegenheiten

Es kann durchaus Überschneidungen zu „klassischen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten“ wie z.B. Kochen und Backen geben, wenn dies ein Hobby des Anspruchsberechtigten darstellt bzw. in der Form des gemeinschaftlichen Kochens eine Form der Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags ist.

2.3 Sonstige Hilfen, bei denen ein aktives Tun nicht im Vordergrund steht

Von den Leistungen der häuslichen Betreuung sind auch sonstige Hilfen umfasst, bei denen ein aktives Tun nicht im Vordergrund steht. Dies sind zum einen die Anwesenheit der Betreuungsperson und Beobachtung der Anspruchsberechtigten zur Vermeidung einer Selbst- und Fremdgefährdung und zum anderen die bloße Anwesenheit, um emotionale Sicherheit zu geben.

2.4 Gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld eines Beteiligten oder seiner Familie

Nehmen mehrere Anspruchsberechtigte die häusliche Betreuung gemeinschaftlich im häuslichen Umfeld eines Beteiligten oder seiner Familie in Anspruch, gelten die Ausführungen der Ziffern 2.1 bis 2.3 entsprechend.

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

(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 Schwerpflege-

bedürftigkeit 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.